LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR : DOCTEUR AUGUSTE CEZILLY.

France et étranger. ab. un an. — 20 fr.
Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr

SAMEDI 21 JANVIER 1882

QUATRIÈME ANNÉE, N° 3.
Le numéro, 40 centimes.

BUREAUX et ADMINISTRATION

Rue du Faubourg-Poissonnière, 9, Paris.

Le Concours Médical, *n'accepte l'annonce que des produits qui, après examen, lui paraissent pouvoir être recommandés. Il ne publie aucune réclame dans le corps du journal; mais, chaque semaine, il donne sur les produits recommandés une étude thérapeutique sur laquelle il appelle l'attention de ses lecteurs.*

AVIS

La Compagnie d'Assurances contre l'incendie, le *Phénix*, prie ceux de nos confrères qui se mettent en relation avec elle, de joindre à leur demande d'Assurances une des bandes du journal. Souvent les signatures sont peu lisibles, on évitera ainsi bien des lenteurs; ce sera en outre la constatation de la qualité de membre du *Concours* qui assure les réductions de primes consenties par la Compagnie.

Un docteur en médecine, membre du *Concours médical*, désire occuper une situation de directeur dans un asile d'aliénés. Nous serions reconnaissants à celui de nos lecteurs qui pourrait aider notre confrère dans cette circonstance.

Un confrère, avant de s'établir, ferait volontiers un remplacement.

Un docteur en médecine désire acquérir, à Paris, une clientèle en plein rapport.

—

VACCIN DE GÉNISSE

Prix du tube... 1 fr. 20
10 tubes... 10 fr. »

Ajouter 15 centimes pour affranchissement d'envoi.

On est prié d'envoyer un mandat sur la poste et non des timbres-poste.

EAUX MINÉRALES

EAU D'EAUX-BONNES

Quelle utilité et quelle valeur thérapeutique l'usage à domicile de l'eau d'*Eaux Bonnes* peut-il présenter?

Pour les malades qui ont été faire une cure sur place aux *Eaux Bonnes*, l'eau tranportée donne des résultats extrêmement favorables, et les médecins consultant des Eaux Bonnes manquent rarement de conseiller une cure au moins à leurs malades, au sortir de l'hiver. — Quant aux autres malades, si l'on est moins affirmatif, c'est que trop souvent l'eau minérale est administrée sans aucune précaution.

L'action élective de l'eau sur les voies respiratoires s'observe aussi bien avec l'eau transportée qu'avec l'eau prise à la source; mais trop souvent il manque la dérivation cutanée, bien connue des buveurs à la source et qui sert en quelque sorte de soupape de sureté, de sorte que l'eau peut se montrer trop excitante.

Signaler l'écueil, c'est mettre en garde contre lui. Le médecin qui conseillera l'usage de la *source vieille* devra surveiller attentivement ses effets. Les fonctions de la peau seront, de sa part, l'objet d'une sollicitude constante : si la chose est possible, il prescrira un certain exercice corporel ; au besoin, il devrait recourir à la médication diaphorétique. Précautions minutieuses; dira-t-on! mais précautions dont on ne doit jamais se désintéresser, si l'on veut véritablement obtenir de la *source vieille* prise à domicile de bons effets thérapeutiques.

On conseillera encore de n'employer que les quarts de bouteille, d'ouvrir chaque jour un nouveau quart et de faire tiédir au bain-marie avant d'enlever le bouchon.

EAU DE CONTREXEVILLE

Les sels neutres, et en particulier les sulfates provoquent l'hypercrinie intestinale et, par conséquent, la diarrhée ; ils agissent d'autre part, comme *diurétiques* et cela avec une intensité d'autant plus grande qu'ils sont plus étrangers à l'économie.

La source du *Pavillon*, grâce à sa faible minéralisation, agit encore *comme eau*. Action de masse d'un côté ; action de température de l'autre et, comme résultante, action calmante et tempérante.

Inscrire au dos de l'enveloppe de la lettre: *demande de vaccin*, afin de hâter l'envoi.

CORRESPONDANCE

— Dr P. 13 janvier 1882.

« L'écueil de la belle et utile entreprise du *Concours médical* est certainement la tiédeur et l'indifférence, ou, plutôt, le défaut de dévouement qui fait qu'on est bien aise de profiter d'un avantage, mais qu'on ne fait rien pour le mériter, etc... »

Croyez, cher confrère, que nous avons fait la part de ce sentiment et que nous comptons aussi que, peu à peu, le nombre des indifférents se restreindra de plus en plus, à force de leur prouver qu'en toutes circonstances, notre société n'est guidée que par le souci de leurs intérêts.

— Dr J. 531, à B., (Algérie) 4 janvier.

Nous sommes heureux de compter, grâce à vous, parmi les nôtres, M. le Dr T., sa qualité de député lui permettra de rendre de véritables services au *Concours médical* et par suite à la profession toute entière. On lui a fait les envois réclamés. Vous serez redevable, puisque cela vous est agréable de 5 fr. pour l'abonnement de M. B. Merci de vos actes et de vos souhaits pour le *Concours médical*.

— Dr R. à T., 10 janvier 1881.

Le retard qu'a éprouvé le no 1 de l'année a tenu à diverses causes et surtout à l'encombrement des bureaux.

— M. R. à M,T.I.-et-Vil. 10 janvier.

« *Je fus des premiers à répondre à votre appel, car je voyais par votre programme une nouvelle ère ouverte à la profession. En effet, que de progrès déjà réalisés! L'incrédulité en votre influence n'est-elle pas fortement ébranlée? Vous mettez les confrères à même de se comprendre, et n'est-ce pas chose précieuse d'entendre les doléances de ceux qui ont à souffrir, ainsi que de voir leur énergie grandir avec les nécessités de la famille. Leur malheur est pour ainsi dire consolant, si l'on admet cet adage*: CONSOLATIO MISERORUM EST HABERE PARES.

Pour ce qui me concerne, j'ai été plusieurs fois tenté de vous en apprendre plus que l'imagination ne saurait en concevoir, toute crédulité vouloir en retenir et faire pâlir le récit du confrère Frouin de

Enfin, la présenee dn *carbonate de lithine* lui donne un *pouvoir dissolvant*, tout particulier, sur l'acide urique et les urates. —

Ces propriétés diverses, en se combinant, assurent donc à cette eau des effets sédatifs d'une part, déplétifs et spoliatifs de l'autre. —

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
7 Janvier 1882 4me Année. — N° 1

AUX MEMBRES DU CONCOURS MEDICAL.

Dans sa dernière réunion, le Conseil de direction du Concours médical a décidé qu'un exposé général du but poursuivi par le *Concours* et des moyens qu'il met en œuvre serait adressé aux adhérents à l'occasion du commencement de la quatrième année d'existence du Journal.

Sans attacher aux allégations, dont le *Concours* a été l'objet, plus d'importance qu'elles n'en méritent, le Conseil de direction a pensé qu'il pouvait y avoir avantage à bien préciser *ce qu'est le Concours* et *ce qu'il n'est pas*. Il espère par là fournir aux membres adhérents un instrument de propagande efficace auprès de leurs confrères indécis et leur donner le moyen de vaincre les dernières hésitations. Il tient par dessus tout à affirmer hautement l'indépendance du *Concours*, indépendance absolue vis-à-vis de qui que ce soit, et à rappeler que les sentiments de solidarité professionnelle et de bonne confraternité sont les seuls qui puissent être invoqués dans une Association comme la nôtre.

Chers Confrères,

On nous a bien des fois manifesté le désir de voir résumer, dans un même numéro, ce qu'à plusieurs reprises déjà nous avons dit du *Concours*, de ses moyens, de son but. Malgré nos explications écrites et verbales, malgré nos réunions, il paraît que certains doutes subsistent encore, que certaines préventions ne sont pas tout à fait dissipées dans quelques esprits. C'est pour les faire disparaître qu'au commencement de cette nouvelle année, nous croyons devoir revenir avec vous sur quelques points pour les mettre en lumière et les bien préciser.

Cela nous est du reste plus facile maintenant, puisque nous avons, pour nous appuyer, nos actes passés d'abord, ensuite les conseils et les impressions que nous avons trouvés dans la volumineuse correspondance que vous avez bien voulu entretenir avec nous.

Aussi bien, n'est-ce pas tant à vous qu'à ceux de nos confrères, encore hésitants ou prévenus, que nous nous adressons : vous nous pardonnerez donc des redites inévitables.

I

QU'EST-CE QUE LE CONCOURS MÉDICAL ?

Une Association, *composée exclusivement de médecins, poursuivant en commun l'établissement d'un accord solide et puissant qui leur assure une force d'action considérable.*

Nous nous expliquons :

Quand des médecins se réunissent, ils sont forcément amenés à causer de leurs affaires, à exposer leurs griefs ou leurs aspirations, à formuler leur désir de concorde et d'union ; — mais ils n'arrivent que rarement à conclure et à donner une sanction pratique à l'accord de leurs sentiments.

Les conditions élémentaires de cette union sont pourtant assez simples, mais elles ont besoin d'être répandues, vulgarisées, discutées.

Partant de ce principe que, pour être forts, il faut être unis, *nous avons cherché notre force dans l'Association* ; mais, pour *s'associer*, il faut *communiquer* sans cesse les uns avec les autres, et les *réunions* sont toujours forcément rares ; il était donc nécessaire d'avoir un JOURNAL qui pût parler à tous de ce qui intéresse chacun, qui fût, en un mot, *l'âme de l'Association*.

Convenait-il pour trouver les ressources indispensables à la création et à la vie de ce *journal* de rechercher des souscripteurs ? Mais, pour trouver ces souscripteurs, il fallait que le journal représentât des idées déjà connues et admises par les futurs lecteurs. — Or, il s'agissait de donner un corps à des idées vagues et confuses, et précisément ce devait être le rôle du journal qu'on se proposait de créer. Il y avait donc là un cercle vicieux, dont on ne pouvait sortir que par une première mise de fonds.

L'idée d'une souscription écartée et la résolution prise par le fondateur de consentir lui-même les premiers sacrifices, il restait à établir le prix du journal et la probabilité de ses produits.

Dans l'esprit du fondateur, le *journal* devait *appartenir* à la future *Association* ; il ne fallait donc plus songer au produit des abonnements, les propriétaires d'une chose n'ayant nul besoin de se payer cette chose à eux-mêmes. C'est sur *la publicité de ce journal qu'il fallait compter, en donnant à cette publicité, un caractè e tout à fait médical*. Nous avions à ce sujet deux idées parfaitement arrêtées :

1° *Dans le corps du journal ne devait figurer aucune réclame, aucun article payé. A l'encontre de ce qui se fait en général, nous ne voulions pas voir mélangé ce qui était science ou intérêt professionnel avec ce qui est intérêt pécuniaire et matériel.*

2° *Dans la partie réservée aux* ANNONCES, *nous ne voulions accepter que ce qui présentait une valeur médicale, ou un avantage immédiat pour les membres de l'Association.*

Afin de réagir contre l'envahissement des remèdes secrets et des spécialités pharmaceutiques sans raison d'être, le meilleur moyen était de *faire en commun, par l'intermédiaire d'un* COMITÉ SPÉCIAL *un choix éclairé et qui, par conséquent, pût être accepté de tous.*

Mais, donnant à la publicité du journal un caractère aussi sérieux, nous étions en droit d'en élever le prix à la hauteur du service rendu : la *publicité* devenait une *adoption*, une *recommandation*, et laissait bien loin derrière elle la publicité banale d'une feuille d'annonces appartenant à un fermier, qui, en aucun cas, ne saurait avoir les scrupules d'une société de praticiens.

Dès que les produits du JOURNAL pourraient suffire à ses frais, il serait fondé, et cela sans avoir rien coûté aux médecins qui, partageant les vues du fondateur, auraient bien voulu adhérer au programme exposé par lui et s'engager à favoriser, dans la mesure de leurs forces, et de *l'honneur professionnel parfaitement sauvegardé*, l'œuvre qu'il entreprenait.

C'est dans ces conditions que fut créé le CONCOURS MÉDICAL. Dans le cours de la seconde année, les prévisions se réalisèrent, les produits dépassèrent les frais et l'exploitation se solda en bénéfices ; c'est alors qu'il fallut songer à constituer l'ASSOCIATION.

La tâche était moins simple qu'on ne le croit communément. Fallait-il constituer une société commerciale et lui céder la propriété du Journal avec son actif et son passif?

Les sacrifices consentis par le fondateur avaient été grands et, d'autre part, les produits étaient peu élevés, parce que rien n'avait été épargné pour assurer au journal une valeur véritable. Il fallait donc émettre des actions, réclamer des adhérents un concours pécuniaire, les exposer à des risques. Mais leur *formule d'adhésion* portait en termes formels qu'ils n'avaient *aucun risque à courir*, qu'ils n'étaient tenus à *aucune contribution pécuniaire*. Cette solution était impossible.

On convoqua une RÉUNION PRÉPARATOIRE et là, le CONSEIL JUDICIAIRE exposa la question avec une lucidité parfaite, donnant le moyen qui, selon lui, permettait seul de concilier les promesses du fondateur avec les engagements des adhérents. *Les membres présents donnèrent leur adhésion au projet proposé* et chargèrent une commission spéciale de préparer, en tenant compte des observations qui pourraient être présentées, des projets de statuts et de règlements pour la constitution définitive de la société.

On sait quel a été le résultat des travaux de cette commission.

L'ASSOCIATION DES MEMBRES DU CONCOURS MÉDICAL s'est constituée *sous forme de Société civile* dans le but de percevoir et d'employer les bénéfices donnés par l'exploitation du journal dans la proportion de 90 0/0, l'excédent 10 0/0 servant à rémunérer la propriété du journal, dévolue à son fondateur.

Il s'agit là, on le comprend, de garanties offertes à l'ASSOCIATION *qui, en réalité, est bien propriétaire du journal*, puisque 90 0/0 des bénéfices acquis lui sont assurés et que, de plus, elle n'a aucune somme à débourser, ni aucun risque fâcheux à courir, tout ce qui peut lui arriver de pis étant de ne rien encaisser. C'est là une situation qu'il convient de bien approfondir et qui, on peut l'affirmer, est tout à l'avantage de la société.

Nous reprenons donc notre définition du début et nous disons :

Le CONCOURS MÉDICAL *est une* ASSOCIATION DE MÉDECINS, *exerçant son action par l'intermédiaire* D'UN JOURNAL *dont elle est* PROPRIÉTAIRE, *et poursuivant en commun la solution des desiderata professionnels.*

Mais avant d'aller plus loin, arrêtons-nous sur le fonctionnement intérieur du *Concours*. Nous voulons qu'aucun point ne reste dans l'ombre et

nous tenons à entrer dans des explications complètes.

Le journal est la propriété du fondateur qui est à la fois *gérant et rédacteur en chef responsable.*

Les intérêts des associés sont représentés par *trois comités* dont les membres sont nommés, chaque année, en assemblée générale :

COMITÉ DE RÉDACTION, COMITÉ D'ÉTUDES DES ANNONCES, COMITÉ D'ADMINISTRATION. Ce dernier est chargé du contrôle, de la comptabilité et de l'exécution des décisions de l'Assemblée générale.

Au moins une fois par année, les associés sont convoqués en ASSEMBLÉE GÉNÉRALE, pour entendre lecture des rapports dressés par les divers comités, encaisser les 90 0/0 des bénéfices qui lui reviennent et *voter l'affectation de ces bénéfices.*

Les pouvoirs de l'*Assemblée générale* sont aussi étendus que possible; ils ne sont bornés que par l'*interdiction absolue de consacrer les sommes dont elle dispose à l'intérêt personnel, sous forme de dividendes.*

Les affectations qu'elle décide doivent répondre à un *intérêt général.*

Nous savons que cette restriction a été combattue par quelques membres ; mais nous sommes convaincus, grâce à des témoignages absolument opposés à ceux auxquels nous faisons allusion, que la solution contraire rencontrerait des adversaires beaucoup plus nombreux. Sans parler de considérations d'un ordre plus élevé, nous estimons, d'ailleurs, que *poursuivre une œuvre d'intérêt général* est le moyen d'améliorer notre situation privée, moyen beaucoup plus efficace que la distribution d'un dividende qui ne serait jamais bien élevé.

La somme perçue par l'Assemblée générale, le 14 août dernier, a été affectée à la poursuite de nos *revendications législatives*, le surplus étant destiné à améliorer la *rédaction du Journal.* Croit-on vraiment qu'une telle affectation ne servira pas à chacun de nous personnellement plus qu'une distribution personnelle? — Nous ne savons certes pas à quoi aboutiront nos efforts ; mais nous avons tout lieu de croire qu'ils n'auront pas été faits en pure perte.

II

QUEL EST LE BUT DU CONCOURS ?

L'association nous rend puissants ; le journal propage nos idées, secoue la torpeur des tièdes et guide les indécis : quel but nous proposons-nous donc?

Celui d'*établir un vaste syndicat des intérêts moraux et matériels du corps médical.*

Ici encore nous devons nous expliquer.

Il ne s'agit pas de créer une société unique, avec des statuts fixes et des règles étroites, vaste machine obéissant à un même mot d'ordre.

Plus que personne nous avons conscience des sentiments de liberté et de dignité qu'on trouve toujours dans le cœur d'un médecin ; nous savons encore que, si les intérêts généraux sont les mêmes pour tous les membres du corps médical français, il existe, pour chaque région, des nécessités particulières avec lesquelles il faut compter. — Nous avons donc la conviction que cette société unique, dont nous parlions, serait aussi difficile à mettre en mouvement que stérile dans son action.

Sous notre impulsion, nous pouvons le dire, une agitation professionnelle s'est manifestée telle qu'on n'en avait pas vu depuis longtemps. Partout nos confrères se réunissent, causent de leurs affaires, posent les bases d'associations qui deviendront bientôt fécondes en résultats.

Nous avons répété, et nous répétons, qu'il faut créer des SYNDICATS PROFESSIONNELS partout où ils sont possibles, et nous nous efforçons de persuader à nos confrères qu'ils sont possibles partout. Nous nous mettons au service des *promoteurs des syndicats* pour leur fournir toutes les indications qu'ils peuvent souhaiter; nous publions le résultat de leurs efforts, nous les donnons en exemple ; — mais nous nous gardons bien de paraître vouloir imposer nos idées à ces associations qui doivent se constituer en toute liberté, selon les besoins qui les font naître. Nous donnons notre aide à qui la sollicite, mais nous n'allons pas plus loin.

Notre action est pourtant plus large : chaque syndicat médical doit être libre et indépendant, mais il pourrait être fâcheux que son action fût isolée, que le résultat de ses efforts restât ignoré des syndicats voisins : nous pensons que la force de ces sortes d'associations, déjà très grande, sera décuplée, si, entre toutes, existe une certaine communauté d'idées générales, si leurs efforts peuvent, à un moment donné, être poussés dans dans un même sens. Nous croyons donc à la nécessité d'un lien quelconque entre les divers syndicats. Or, ce lien, ce peut être le CONCOURS MÉDICAL. Voilà le but que nous poursuivons, voilà le résultat auquel nous demandons à nos confrères de nous conduire.

Et qu'on ne l'oublie pas, autour de cette organisation principale viendront se grouper, comme à l'envi, une foule d'autres qui, pour être secondaires, n'en auront pas moins une valeur véritable, — valeur d'autant plus grande que les effets seront plus immédiats !

Que ceux de nos confrères qui seraient tentés de s'intéresser moins à la poursuite d'un résultat qu'ils jugent peut-être trop éloigné, se rassurent donc : ils trouveront, en dehors de cette tendance générale, d'autres tendances qui les pourront satisfaire plus vite !

III

QUELS SONT DONC LES AVANTAGES ATTACHÉS AU TITRE DE MEMBRE DU CONCOURS ?

Ces avantages sont d'ordre divers : nous ne

pouvons passer sous silence la satisfaction que chacun doit éprouver de concourir à l'œuvre commune, et d'avoir quelque part dans ce puissant effort de solidarité. C'est là une considération qui a bien sa valeur et qui est loin d'être dédaignée, — notre correspondance nous le prouve chaque jour. — Nous devons aussi mentionner les avantages matériels qui, obtenus *par la seule force de l'Association*, se répartissent entre ses membres.

Ajouterons-nous l'avantage de recevoir gratuitement un journal qui en vaut au moins beaucoup d'autres, sous bien des rapports, et qui, rompant avec des habitudes invétérées, commence à trouver des imitateurs, — ce qui ne prouve pas précisément qu'il ait fait fausse route. Mais, dira-t-on, ces avantages sont encore de peu d'importance. — Nous pourrions déjà répondre par des chiffres et citer tel *versement au fonds commun* qui a assuré aux membres du *Concours* plus de 10,000 francs de réductions; nous pourrions signaler la création de notre *Caisse de prévoyance*, pour faciliter aux nôtres l'assurance sur la vie; mais nous préférons rester dans le rôle encore modeste qui nous convient et répondre: « Oui, les résul-« tats acquis sont encore peu importants, mais n'ou-« *bliez pas que la création du Concours était*, il « n'y a pas trois ans, regardée comme impossible; « n'oubliez pas que ces résultats n'ont commencé « à être acquis que depuis dix-huit mois à peine; « pensez surtout que l'avenir est à nous! »

Ce que sera le *Concours*, nous ne saurions le prédire: il sera ce que ses membres voudront qu'il soit: il donnera les avantages que ses membres voudront lui faire donner! Et si, ce qui est peut-être moins loin que certains ne le supposent, une somme de cinquante mille francs par exemple était, chaque année, mise à la disposition de l'Assemblée générale, le *Concours* serait bien fort, et bien grands aussi seraient les privilèges qu'il assurerait à ses membres!

On peut croire que nous nous illusionnons; mais que voyons-nous en ce moment même? Ceux qui doutaient du *Concours* viennent à lui; ceux près desquels il trouvait de la résistance ouvrent enfin les yeux.

IV

MAIS QUELS SONT DONC, PAR CONTRE, LES OBLIGATIONS AUXQUELLES SONT ASTREINTS LES MEMBRES DU CONCOURS?

Ils ne peuvent en aucun cas (leur formule d'adhésion le porte), être astreints à une contribution pécuniaire. Ce que nous leur demandons, c'est une assistance toute morale, car les formes matérielles par lesquelles elle peut se traduire ne lui enlèvent en rien ce caractère.

Les membres du *Concours* doivent s'efforcer de propager les idées de bonne confraternité et d'association que nous prêchons de toutes nos forces. C'est assez dire que leur conduite répondra à leurs paroles. Qu'on en soit persuadé, le médecin qui se rapproche de ses confrères ou qui les rapproche entre eux, fait œuvre de concours efficace, puisqu'il tend à détruire l'exploitation que fait de nous le public, grâce à nos divisions.

Les membres du *Concours* feront, toutes les fois qu'il leur sera possible, honneur aux engagements pris en leur nom près des fournisseurs communs ou des propriétaires de produits recommandés.

Mais il ne viendrait à l'esprit d'aucun médecin de transformer les membres du *Concours* en agents chargés d'écouler les produits de telle ou telle maison. Nous leur disons simplement : toutes les fois que force vous sera, dans l'intérêt du malade, de recourir à un produit spécialisé, donnez la préférence à la marque *recommandée par votre comité d'annonces, et exigez que cette marque soit délivrée*. En agissant ainsi, vous ferez acte de concours, et cela d'une façon absolument légitime.

Ces produits, en effet, ont été examinés par une commission qui, investie de votre confiance, les a acceptés en votre nom, *après leur avoir fait subir un examen sévère*. Vous êtes donc parfaitement sûrs de leur valeur.

Vous ne pouvez être accusés, en aucun cas, de poursuivre un intérêt personnel, *puisque d'après les statuts que vous avez adoptés, vous vous êtes interdit cet intérêt personnel*.

Que pourrait-on dire ? — Qu'en donnant d'excellents médicaments, dans les cas où ces médicaments sont indiqués, vous contribuez à relever la profession médicale et à sauvegarder ses intérêts légitimes ? — Vous pouvez être sans crainte, chers confrères, il n'est pas un de nous qui ne se trouverait grandement honoré d'un tel reproche.

S'agit-il des fournisseurs communs, des compagnies communes ? Nous ne vous disons pas : « Vous êtes tenus de vous adresser à eux », nous vous disons : « Grâce à la force de notre association, ces fournisseurs, ces compagnies consentent à chacun de vous tel et tel avantage; en vous adressant à eux, vous jouirez de ces avantages et, de plus, vous contribuerez à fortifier notre association. »

Voilà quel est notre langage : n'est-il pas parfaitement légitime ?

II

PAR QUELS MOYENS ENFIN LE CONCOURS MÉDICAL PEUT-IL ARRIVER AU BUT QU'IL SE PROPOSE?

Ces moyens, on les connaît, car nous venons de les exposer tout au long. S'appuyer sur le *principe de l'Association* et tirer de ce principe, pour l'intérêt général comme pour l'intérêt particulier, tous les avantages qu'il peut donner.

Assurer au Journal de la société *toute la valeur* qu'on est en droit d'attendre de lui.

Consacrer la part des bénéfices qui revient à la Société à des œuvres d'intérêt général.

Favoriser la création de *syndicats professionnels* par tous les moyens moraux ou matériels possibles.

Faire du journal de la Société une véritable tribune où *toute réclamation juste*, où *toute souffrance imméritée* aient le droit de se faire entendre.

Accorder la publicité du journal aux seuls produits et établissements vraiment dignes d'être recommandés.

Favoriser pour les médecins l'*assurance sur la vie*, afin de leur enlever les cruels soucis d'avenir.

On pourrait continuer longtemps une telle énumération, mais il nous semble fastidieux d'insister : les moyens à employer naissent des circonstances, et c'est à l'œuvre qu'on a pu et qu'on pourra nous juger.

Nous avons dit ce qu'était le *Concours médical*, nous devons dire maintenant ce qu'il n'est pas.

Si le *Concours* n'a pas été attaqué ouvertement, c'est qu'on n'aurait pu le faire avec des chances de succès; mais on ne lui a pas ménagé les interprétations.

Il renversait tant d'habitudes invétérées; il s'attaquait à tant de préjugés qu'il ne pouvait manquer, nous ne dirons pas d'ennemis, mais d'adversaires; et ces adversaires, ne pouvant se retenir de *parler sur ce qu'ils ne connaissaient pas*, et se leurrant de *suppositions fort gratuites du reste*, ont émis certaines allégations que nous ne pouvons pas ne pas examiner.

C'est, nous l'avons dit, surtout aux hésitants que nous nous adressons, on nous passera donc ce chapitre.

VI

CE QUE N'EST PAS LE CONCOURS MÉDICAL.

On a dit : « Le *Concours médical* n'est qu'une « feuille d'annonces; c'est une spéculation industrielle pour favoriser certains produits. »

Si jamais journal a eu caractères différents de ceux d'une feuille d'annonces, c'est, à coup sûr, le *Concours médical*. Une feuille d'annonces accepte toutes les annonces qui lui sont offertes et chacun sait qu'au *Concours* les choses ne peuvent se passer ainsi.

Est-il plus vrai que la spéculation consiste à favoriser certains produits ?

Si l'on veut dire que le *Concours* a pour but de favoriser les produits de valeur au détriment des mauvais, nous répondrons qu'en effet, c'est un des buts du *Concours* et que la spéculation, si spéculation il y a, est toute d'ordre médical : c'est, qu'on nous passe le mot, une spéculation morale qui a reçu l'assentiment d'un public aussi éclairé que compétent.

Mais nous nions de la façon la plus formelle qu'il y ait là une spéculation, car nous serions alors de bien mauvais spéculateurs. Le comité d'annonces a été en pourparlers avec certaines maisons pour des produits qui lui paraissaient dignes d'être recommandés ; mais il a parfois dû rompre ces négociations, parce qu'on voulait qu'il acceptât en bloc l'annonce de tous les produits de la maison, indistinctement.

Des spéculateurs auraient certainement accepté, les bons produits faisant passer les médiocres (car il n'y en avait pas de mauvais). Nous avons maintenu notre droit de choisir et de n'accepter que ce qui conviendrait à notre programme. En vérité, nous sommes des spéculateurs scrupuleux !

Nous ne reproduirons pas ici notre manière de voir en matière de spécialités pharmaceutiques; nous ne pouvons toujours répéter les mêmes déclarations. Nous nous contentons donc de répondre :

Non, le Concours n'est pas une feuille d'annonces.

Non, le Concours n'est pas une affaire de spéculation.

On a dit : « Le programme du *Concours médical* est certainement très attrayant; mais ce ne sont que des phrases, et la vérité est qu'il appartient à la *New-York* et qu'il n'a été fondé que pour favoriser cette compagnie. »

Nous avons certainement conseillé à nos confrères l'assurance sur la vie et nous leur conseillerons toujours cette mesure de précaution. Mais ne la leur avons-nous pas conseillée d'une manière générale, sous n'importe quelle forme ?

Quand nous avons créé une caisse de prévoyance pour les assurés sur la vie, n'avons-nous pas ouvert cette caisse à tous les assurés, quelle que soit la Compagnie avec laquelle ils aient contracté ?

Qu'on veuille bien relire le *Concours* : il existait déjà depuis longtemps, quand son fondateur a songé à s'occuper d'assurances et à appliquer à cette question spéciale les avantages de l'Association.

Il a, comme toujours, ouvert une enquête dans le journal; il a accueilli les projets qui lui étaient présentés, il les a discutés et, finalement, s'est décidé pour la Société qui offrait les plus grands avantages. Le *Concours existait depuis une année, quand l'annonce de la New-York a paru pour la première fois.*

Quels étaient donc les avantages qu'assurait la New-York.

1° C'était un prix de publicité payé au journal.

2° C'étaient les moyens de créer, sans imposer aucun sacrifice aux assurés, une *caisse de prévoyance*, accessible à tous, *même aux assurés des autres compagnies*.

3° C'étaient des tarifs moins onéreux et une garantie tout aussi forte.

Est-ce notre faute si l'*Assurance coûte moins cher en Amérique qu'en France?*

Nous plaindrions fort la *New-York* si elle avait dû en vue des assurances qu'elle réalise. grâce à notre publicité, supporter les frais d'établissement du *Concours médical*. C'eût été pour elle une singulière spéculation.

Non, le Concours médical n'appartient pas à la New-York.

Non, le Concours médical n'a pas été fondé pour favoriser la New-York.

Il lui a consenti sa publicité et rien de plus.

On a dit : « La société du *Concours médical* est une concurrence à l'*Association générale des médecins de France.* »

Nous avons déjà bien des fois répondu à cette allégation. La plupart d'entre nous sont *membres de l'Association Générale*, démentant ainsi, par leur présence sur ses listes, une imputation oiseuse.

Notre but n'a rien de commnn avec celui de l'Association générale; nous marchons parallèlement à elle, cherchant à faire ce que ses statuts lui interdisent et respectant son domaine. Et, pourquoi ne le dirions-nous pas? Nos rapports avec l'Association générale n'ont jamais été que très cordiaux.

Loin de chercher à entraver son œuvre, le *Concours* tient à honneur de lui venir en aide et conseille hautement à ses membres l'adhésion à l'Association générale.

On a dit..... mais que n'a-t-on pas dit? Et devons-nous reprendre toutes les allégations qui se sont produites?

Non, cela suffit pour éclairer ceux qui ne demandent qu'à être éclairés, et c'était là notre unique but. Arrêtons-nous donc et concluons :

C'est à leurs œuvres qu'il faut juger les associations; or nous avons la certitude que la nôtre sera jugée comme œuvre de solidarité et de confraternité, d'après notre passé.

Cela nous suffit amplement.

La Direction.

Nous reproduisons les statuts de la société civile :

CONSTITUTION

de la Société du "Concours médical".

I

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Le docteur Cézilly expose :

1° Que, frappé de l'impossibilité qu'éprouvaient à se produire au grand jour les revendications professionnelles du corps médical, il a fondé, de ses deniers, un journal d'un caractère spécial : *Le Concours médical*, où, à côté des questions d'ordre scientifique, une large place serait laissée aux questions professionnelles;

2° Qu'une œuvre de ce genre, nouvelle en France, ne pouvait être menée à bonne fin que grâce à l'appui de ses confrères, et, qu'en conséquence, il a provoqué l'adhésion écrite de nombreux médecins aux vues professionnelles et médicales qu'à diverses reprises il a exposées au corps médical;

3° Que, dans le programme de l'œuvre, il a été formellement convenu que l'appui fourni par ces adhésions au fondateur du dit *Concours médical*, aurait pour conséquence l'établissement de la propriété indivise du journal entre tous les médecins qui signeraient la susdite adhésion;

Mais que, d'autre part, il a été non moins expressément stipulé dans la formule d'adhésion que les signataires ne pourraient, en aucun cas, être tenus à aucune contribution ni responsabilité pécuniaires quelconques;

4° Qu'entre le fait de propriété, d'une part, et celui d'absence de charges éventuelles, d'autre part, il existe une incompatibilité absolue, et que, par conséquent, nécessité est de rechercher la solution la plus conforme aux intérêts de tous;

5° Qu'à cet égard, les propositions faites par le Conseil judiciaire du *Concours médical*, dans la séance préparatoire du 16 décembre 1880, donnent toutes les satisfactions désirables et concilient de la façon la plus heureuse les termes du contrat moral intervenu entre le fondateur et les adhérents du *Concours médical*;

6° Enfin que ces propositions, agréées par l'unanimité des membres présents à la séance préparatoire et publiées dans le compte-rendu de cette séance, n'ont soulevé, de la part des autres adhérents, aucune objection et, qu'en conséquence, il y a lieu de les adopter d'une façon définitive.

Ceci exposé, le docteur Cézilly, soussigné, établit les conventions suivantes :

§ 1er. — Propriété du journal.

Article premier. — La propriété du journal « *le Concours medical* » reste appartenir au docteur Cézilly, son fondateur.

Art. 2. — Cette propriété se transmettra aux ayants-droit du docteur Cézilly.

Art. 3. — En cas de vente de cette propriété, la société ci-après formée entre les membres du *Concours medical* jouira du droit de préemption à prix égal.

L'acquéreur sera tenu d'exécuter toutes les charges et conditions résultant des présentes conventions.

§ 2. — Administration et gérance.

Art. 4. — Les fonctions de rédacteur en chef, celles d'administrateur et de gérant du journal « *le Concours médical* » sont dévolues au docteur Cézilly.

ART. 5. — Ses droits sont limités par ceux des comités d'administration, de rédaction et d'études des annonces dont il sera parlé plus loin.

ART. 6. — Le docteur Cézilly a le droit de présenter son successeur aux fonctions mentionnées à l'article 4, sous les seules conditions que celui-ci sera membre du *Concours médical* et agréé par l'assemblée générale.

Cette faculté, personnelle au docteur Cézilly, ne sera attribuée à son successeur que si celui-ci est seul propriétaire du journal.

ART. 7. — Si, pour une raison quelconque, le docteur Cézilly, ou son successeur, n'a pu user de cette faculté, la désignation du nouveau titulaire des fonctions mentionnées à l'article 4 sera faite par un conseil composé des membres des trois comités désignés par l'article 5, auxquels s'adjoindra, pour la circonstance, le propriétaire du journal ou son représentant dûment délégué.

Cette désignation, qui ne pourra porter que sur un membre du *Concours médical*, sera soumise à la ratification de l'assemblée générale.

§ 3. — Bénéfices de l'exploitation.

ART. 8. — Tous les frais généraux prélevés, les bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical* appartiennent :

10 p. 0[0 à la propriété du journal.

90 p. 0[0 à la société civile du *Concours médical* dont il va être ultérieurement parlé.

ART. 9. — Cette proportion ne pourra être modifiée tant que les fonctions mentionnées à l'article 4 resteront entre les mains du docteur Cézilly, ou de toute personne désignée directement par lui conformément à l'article 6 ci-dessus.

Mais, si le titulaire de ces fonctions était nommé conformément à l'article 7 ci-dessus, la propriété du journal serait alors rémunérée par le prélèvement de 10 p. 0[0 sur les recettes brutes, et non plus sur les bénéfices nets de l'exploitation.

§ 4. — Société civile.

ART. 10. — Sur ces bases est fondée *la Société civile du Concours médical* dont suivent les statuts.

II.

STATUTS

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DU "CONCOURS MÉDICAL".

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé une société entre :

D'une part, le fondateur du *Concours médical*,

Et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode ci-après indiqué à l'article 16.

ART. 2. — Cette société prend le nom de *Société civile du Concours médical.*

Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

ART. 3. — Elle a pour objet la perception, l'encaissement et l'emploi de la fraction de 90 p. 0[0 des bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical*, ainsi qu'il est stipulé à l'article 8 des conventions précédentes.

ART. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

ART. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

ART. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

ART. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au Directeur.

ART. 8. — Le sociétaire qui se retire, ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

ART. 9. — Le fonds social se compose :

a, des 90 p. 0[0 annuellement prélevés sur les bénéfices de l'exploitation de ce journal ;

b, des fonds et valeurs provenant de l'emploi et des revenus de ces bénéfices ;

c, de tous les dons et legs faits au profit de la Société et, en un mot, de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société, de quelque source que ce soit.

ART. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tous cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires, dans un but de solidarité et de confraternité.

ART. 11. — Le *docteur* Cézilly est Directeur de la Société, conformément à l'article 1856 du code civil.

ART. 12. — Près du Directeur sont institués trois comités consultatifs :

a, Comité d'administration.

b, Comité de rédaction.

c, Comité d'études des annonces.

La composition et les attributions de ces comités, ainsi que le mode de nomination de leurs membres seront fixés par un règlement intérieur.

ART. 13. — Chaque année a lieu une assemblée générale des sociétaires ; cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

ART. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Art. 15. — La Société sera dissoute à défaut de bénéfices provenant de l'exploitation du journal le *Concours médical*.

Art. 16. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée par l'acceptation, *sans retour dans la quinzaine de son envoi*, d'une carte qui sera adressée, sous leur nom et leur numéro d'inscription respectifs, à tous les médecins qui ont donné leur adhésion au programme du *Concours médical*.

Cette carte servira de titre pour la participation à tous les actes de la Société.

Art. 17. — Des règlements intérieurs, proposés par le Directeur et approuvés par l'Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes exposés dans les présents statuts.

Art. 18. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts, ni aux conventions qui les précèdent, que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le ou les propriétaires du journal, d'une part,

Et d'autre part, la société civile du *Concours médical*.

Art. 19. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

Art. 20. — Les présentes seront soumises à l'examen et à la ratification d'une Assemblée générale constitutive qui sera convoquée aussitôt que possible. Les délibérations seront prises, dans cette assemblée, à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre, et les décisions seront obligatoires pour tous les adhérents.

Dr Cézilly.

Nota. — Les cartes ont été adressées aux adhérents.

Les statuts ont été adoptés par l'Assemblée générale du 14 août 1881.

PRIX

Des Membres du Concours Médical pour l'année 1881.

Au nom des onze donateurs de ce prix, nous venons prier M. le Dr Poulet, de *Plancher-les-Mines* (*Haute-Saône*), collaborateur assidu du *Concours*, de vouloir bien en recevoir l'hommage.

Nous lui exprimons ici la reconnaissance de tous nos lecteurs qu'il a bien voulu faire profiter du fruit de son expérience et de ses études; et, pour notre part, nous le remercions bien vivement de l'exemple de concours qu'il a ainsi donné à nos confrères : nous espérons que cet exemple ne sera pas perdu, et que la communauté d'efforts intellectuels, si désirable parmi les membres d'une société comme la nôtre, ne fera que s'accroître parmi nous.

Qu'on nous permette de rappeler les divers travaux de notre distingué confrère que le journal a publiés :

1881

Contribution à l'étude de la Dystocie causée par la présence d'une tumeur Pelvienne.
Réflexions sur plusieurs cas de dystocie intra-pelvienne.
De l'influence du déjeuner sucré ou féculent sur le système dentaire.
Observation de névrose du pneumogastrique ou catarrhe suffocant à répétition.

1880

Traitement de l'Albuminurie par le tartre stibié.
Traitement du choléra infantile par l'Oxalate de Cérium.

Dans ce numéro spécial, nous avons renoncé par exception, à la partie scientifique, pour aborder un côté intéressant de la question des Syndicats :

QUESTION DES SYNDICATS

Depuis plus de vingt ans, l'Association générale, avec un zèle au-dessus de tout éloge, s'est efforcée de répandre, dans le corps médical, ces salutaires idées d'union et de solidarité sans lesquelles il ne peut utilement défendre ses légitimes intérêts. C'est toujours dans ce même but qu'elle les a mille fois invités à faire acte d'initiative individuelle : « Aidez-vous, si vous voulez que les autres vous aident, leur a-t-elle répété sans cesse; et surtout ne comptez que sur vous. Vos représentants législateurs n'ont pas l'oreille des Chambres, faites donc vos affaires vous-mêmes ».

Obéissant à cette pressante et sérieuse invitation, le *Concours Médical* n'a pas hésité à introduire la question des Syndicats, et, nous pouvons le dire avec un légitime orgueil, il ne l'a pas fait sans quelque succès. En effet, de toutes parts nous voyons le mouvement s'accentuer dans le sens très pratique qu'il a indiqué et, quoique nous ne soyons encore qu'au début, nous pouvons déjà prévoir une généralisation très rapide des idées que nous préconisons, et que nous continuerons à préconiser, dans l'intérêt bien entendu de nos confrères.

Or, c'est à ce moment où le corps médical, sortant de sa torpeur, paraît comprendre que sa faiblesse provient uniquement de son défaut d'union, c'est, disons-nous, à ce moment favorable entre tous que le Conseil général de l'Association paraît renoncer à recueillir le fruit de ses longs efforts et charge son très vénéré président d'adresser aux

présidents des Sociétés locales une circulaire qui leur conseille d'attendre patiemment le vote de la loi!

Du jour où nous nous sommes adressé à nos confrères, pour les engager à former des syndicats, nous étions parfaitement fixé sur la portée de la législation actuelle, sur ce qu'elle tolère et sur ce qu'elle défend : les lettres que nous recevons tous les jours de nos confrères déjà syndiqués confirment pleinement notre manière de voir, et nous n'avons aucun motif pour en changer aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, et en admettant qu'il arrive, nous espérons bien qu'il arrivera enfin ce jour si attendu où l'Association générale *pourra* accorder son patronage aux *syndicats*, quel inconvénient y aurait-il à ce que le *corps médical* devance ce moment? Nous affirmons qu'il n'y a aucun péril à le faire et qu'il y a, au contraire, tout avantage à préparer le terrain.

Voici la circulaire et la réponse de M. *Léonel Oudin* : quand nos lecteurs auront pris connaissance des pièces, ils regretteront comme nous, la détermination prise par le conseil général.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Le président de l'Association générale a été consulté, dans ces derniers mois, par plusieurs présidents des sociétés locales sur l'opportunité de la formation des *syndicats de médecins* qu'autorise la loi sur les syndicats professionnels, votée cette année par la Chambre des députés sans attendre le vote complet et la promulgation de cette loi, des syndicats se sont organisés dans quelques départements, et la question a été mise à l'ordre du jour, dans plusieurs sociétés locales.

Dans ces conjonctures le président de l'Association après l'avis du Conseil général, adresse, avec son, approbation, la circulaire suivante aux présisidents des sociétés locales.

Paris, le 5 décembre 1881.

« Monsieur et très honoré collègue,

« La loi sur les syndicats promet aux médecins certains avantages, et il est naturel que plusieurs sociétés locales s'en soient préoccupées; le Conseil général de l'Association, qui n'oublie pas son mandat impératif de veiller constamment à *tous les intérêts* de la fédération, s'en préoccupe également. Mais cette loi n'a encore été votée que par la Chambre des députés, et il est douteux qu'elle le soit *intégralement* par le sénat ; elle subira sans doute un long ajournement, car le sénat, qui ne l'a point rapportée dans la session actuelle aura, au début de la session prochaine, une question bien autrement grave à discuter, celle de la révision, et combien de réformes importantes seront agitées ensuite et primeront la loi des syndicats. En outre, il faudrait, pour aboutir, qu'elle fût adoptée dans tous ses articles, sans changement aucun : l'adoption du plus léger amendement équivaudrait presque à un rejet, puisqu'elle nécessiterait une deuxième présentation à la Chambre, soit par le gouvernement, soit par l'initiative individuelle, et, conséquemment, Commission nouvelle, rapport, discussion, votes nouveaux.

« En présence de ces incertitudes et de cet aléa, le Conseil a pensé que le parti le plus sage était d'attendre, pour une décision définitive, la promulgation de la loi, et qu'il devait, jusque-là, s'abstenir d'une *intervention active*. Et, ce qui lui commande cette réserve et cette attitude expectante, c'est l'impossibilité légale pour les Sociétés de secours mutuels de se transformer purement et simplement en syndicats ; un amendement qui leur accordait ce droit a été rejeté, de sorte que ceux-ci et celles-là ne pourront, même après le vote complet de la loi, se réunir et vivre d'une vie commune.

« Quand cette loi, adoptée par les deux assemblées, aura reçu sa sanction dernière ; quand les avantages (et aussi les inconvénients) en seront positivement établis et connus, alors il sera temps de décider de son application. La question sera soumise à l'examen des sociétés locales, puis, elle sera discutée, délibérée d'une manière approfondie dans la plus prochaine de nos assemblées générales, et, finalement, nous aurons à chercher, tous ensemble, les moyens de profiter de l'institution nouvelle sans compromettre l'institution ancienne dont le temps a consacré la grandeur morale et la prospérité matérielle.

Henri Roger,
Président de l'Association.

Pour expédition,
Le secrétaire général, Amédée Latour.

Monsieur le Directeur,

La circulaire que l'on vient de lire, conseille aux médecins d'attendre, pour se grouper, que la loi sur les associations professionnelles soit définitivement votée.

Vous avez bien voulu me demander mon avis sur cette question. Le voici en deux mots : loin d'hésiter, les médecins doivent chercher de plus en plus à se concerter, à se grouper, à se réunir. Ils ont tous intérêt à suivre l'impulsion que leur a donné le *Concours médical*, et à se former en groupes ou syndicats locaux, pour l'étude des questions qui les touchent et la sauvegarde de leurs intérêts communs.

Attendre qu'une loi sur les associations professionnelles soit votée, me paraît complètement inu-

tile. Il se pourra que cette loi confère certains avantages à ces sortes d'associations, tels que la personnalité civile, le droit de posséder, etc.; mais, dès maintenant, la liberté d'association existant en fait, rien ne saurait empêcher les médecins de se réunir en sociétés ou syndicats.

Le seul obstacle que l'on pourrait rencontrer dans notre législation, serait l'art. 291 du Code Pénal et la loi de 1834 qui prohibent les associations au delà de vingt personnes; mais on peut considérer ces prescriptions comme tombées en désuétude, et il faut espérer que, sous peu, elles seront abrogées formellement. En tout cas, le Gouvernement a renoncé tacitement à se prévaloir de ses prérogatives le jour où il a laissé s'établir, et s'organiser sous ses yeux, les chambres syndicales du commerce et de l'industrie que l'on compte aujourd'hui par centaines.

Par quel motif irait-on refuser aux médecins une faveur que l'on accorde si facilement aux industriels et aux commerçants?

Quant à la forme légale à donner à ces syndicats, il n'y a, pour l'instant, que celle de la société civile qui puisse leur convenir. Les statuts peuvent contenir toutes les stipulations nécessaires au fonctionnement du syndicat. Il faut cependant éviter avec soin tout ce qui pourrait dénaturer l'objet même du syndicat ou prêter à la critique. Ainsi un syndicat ne pourrait former une assurance entre ses membres, une tontine ou organiser des secours mutuels, etc.

J'estime donc que, dans l'état actuel des choses, des médecins peuvent se réunir en syndicats sous forme de société civile, sans avoir absolument rien à craindre.

Il est certain qu'une loi sur les associations professionnelles, et mieux encore une loi sur la liberté d'association, donnerait aux intéressés plus de sécurité, plus de garanties, plus de facilités; mais, en attendant, on peut se servir de la législation existante.

Si les lois font les mœurs, les mœurs peut-être plus encore font les lois: ayons d'abord les mœurs de la liberté, nous en aurons bientôt les lois.

Agréez, etc., L. OUDIN, *avocat.*

Quelques considérations sur les Syndicats

Devise des syndicats :
L'union pour la justice.

Légalité. L'autorisation n'est pas nécessaire pour la création des syndicats; ils existent *en fait* pour toutes les professions, depuis de nombreuses années.

Demain ils seront consacrés par la loi, votés par la Chambre des Députés. La loi n'attend plus que la sanction du Sénat. Elle dit :

« *Les membres d'une même profession peuvent,* SANS AUTORISATION, *se constituer en société pour défendre leurs intérêts communs. Ainsi établis, ils jouissent du bénéfice de la* PERSONNE CIVILE *; ce qui leur donne le double avantage : 1° de posséder, hériter, ester en justice ; 2° de pouvoir être consultés collectivement, notamment par les tribunaux sur tous les différends qui se réfèrent aux choses de leur profession.* »

But : il est défini par la citation qui suit :

« Il ne mériterait plus le nom de confrère, le médecin qui, volontairement, resterait en dehors de l'alliance que la nouvelle loi nous convie à fonder pour le *bien public*, non moins que pour la défense de nos droits. » Professeur *Diday.*

Les médecins syndiqués veulent : 1° unir en un faisceau leurs efforts, afin d'accroître leur influence, améliorer leur situation et occuper, dans la société, la place à laquelle ils ont droit, lorsqu'ils remplissent tous les devoirs que leur impose leur profession.

2° S'imposer quelques règles de conduite librement acceptées.

3° Régler leurs rapports avec le public, les administrations, les sociétés, etc.

4° Réprimer toutes les usurpations sur le droit d'exercice que leur confère la loi.

5° Maintenir la pratique médicale à la hauteur intellectuelle et morale qui lui convient.

6° Faciliter aux jeunes médecins le choix d'une clientèle.

7° Rechercher l'intérêt général, sans avoir en vue aucun avantage personnel direct.

8° Organisation militante, les *syndicats* n'ont rien de commun avec les *Associations médicales de prévoyance* ; mais ils s'efforcent de les propager.

Composition. — Les syndicats ne sont pas astreints à observer les limites administratives de Département, Arrondissement et Canton; ils s'inspirent des nécessités régionales.

Ils comprennent les médecins de tout grade. Tout médecin est électeur du syndicat. Tous les membres sont égaux. Seul le concours actif, dévoué, est un titre aux suffrages. Chaque adhérent est libre de s'aggréger à tout autre Association médicale,

Organisation et moyens d'action. — Les syndicats agissent 1° par leur bureau, 2° par leurs Assemblées. Ils ne donnent aucune publicité à leurs actes.

Constitution. — Les promoteurs adressent des invitations à une *réunion constitutive*. Les adhérents empêchés délèguent un fondé de pouvoirs, ou adressent une lettre d'adhésion aux décisions qui seront prises par leurs confrères.

Première Assemblée Constitutive.

1° La présidence est dévolue au plus âgé des médecins qui ont pris l'initiative de l'œuvre.

2° Le Président donne lecture : 1° des noms des adhérents présents; 2° des noms des fondés de pouvoirs; 3° des noms des signataires des lettres d'adhésion aux décisions de l'Assemblée.

3° Le Président peut donner lecture de quelques considérations générales sur la nécessité des syndicats et sur un projet d'organisation conçu en termes généraux.

4° Il invite les membres à se grouper par régions, en nombre sensiblement égal. On décide combien on formera de *Cercles* par groupement de voisinage.

5° Chaque groupe, sous la présidence du membre le plus âgé, procède, au bulletin secret, à la nomination d'un *syndic de Cercle*. On peut nommer les adhérents absents.

5° Le résultat connu, le plus âgé des syndics prend le titre et les fonctions de Président du syndicat et les syndics prennent place au bureau par rang d'âge.

6° L'Assemblée décide que le bureau est composé des syndics; que ceux-ci seront présidents du syndicat par rang d'âge. La présidence dure un an. Le président sortant prend la suite.

7° Les syndics sont élus pour trois ans. La PRÉSIDENCE SUIT LE CERCLE, c'est-à-dire que l'âge n'intervient qu'à la première élection, pour indiquer le président. S'il y a 5 cercles, la réélection, au bout de trois ans, ne change pas le tour de la présidence.

8° Le Président fait procéder à l'élection d'un secrétaire-général nommé pour quatre ans et rééligible.

L'Assemblée décide si le secrétaire cumulera les fonctions de Trésorier, surtout au début.

10° Si l'Assemblée reconnaissait qu'elle n'est pas en nombre suffisant pour élire les *syndics* de chaque *Cercle*, elle se contenterait de faire élire un syndic par le groupe régional le plus nombreux. L'Assemblée ultérieure complèterait la nomination des syndics de cercle et le *Président définitif* serait toujours désigné par l'âge.

11° Le Secrétaire peut alors, au nom du Président, donner lecture de quelques articles essentiels des statuts à voter plus tard.

Voici un cadre :

1. Entre les médecins soussignés, et *tous ceux qui, par la suite, adhèreront, sous la forme ci-après, aux statuts* qui vont suivre, il est formé, par ces présentes, une Société civile.

II. Cette Société prend le nom de syndicat médical de X.

Son siège est à X.

Sa durée n'est pas limitée, non plus que le nombre de ses adhérents.

III. Elle a pour objet l'étude et la solution de toutes les questions professionnelles en général, et, en particulier, de toutes celles qui peuvent se présenter dans la région de X.

IV. Elle a pour but l'*union et la solidarité* à établir entre ses membres, la recherche de tout ce qui pourra élever la considération de la profession médicale, et, par conséquent, son bien-être.

V. Le syndicat prend pour devise : L'Union pour la justice.

VI. Les associés se réunissent en *Asemblées générales et extraordinaires*. Les convocations ont lieu quinze jours à l'avance et se font au nom du *Président du syndicat* ou des *syndics*. Les lettres de convocation énoncent l'*ordre du jour*. Cependant toute question soulevée dans les Assemblées pourra être traitée avec l'assentiment de celle-ci. Les *statuts* toutefois ne pourront être mis en question sans mention à l'ordre du jour.

VII. La présence aux *Assemblées générales* est obligatoire. Les membres retenus par *maladie* devront aviser le Président; les membres retenus par autre cause devront faire connaître le motif de leur abstention.

VIII. Le syndicat est administré par le *bureau* composé d'un *président*, des *syndics* et d'un *secrétaire général*.

IX. Un *compte-rendu* des séances est dressé par le secrétaire, contrôlé par le bureau et adressé à tous les membres du syndicat, qui ne devront et ne pourront s'en dessaisir ni les communiquer à des tiers, sauf assentiment du bureau.

X. La réunion de l'Assemblée générale sera suivie d'un banquet offert aux membres présents, *aux frais du Syndicat.* La cotisation annuelle sera élevée en conséquence et payée le jour de l'Assemblée, entre les mains du trésorier.

XII. Le *fonds social* se compose du produit des cotisations, indemnités, dons et legs et autres fonds et revenus qui pourront provenir à la Société, de quelque source que ce soit.

XII. En cas de dissolution de l'*Association syndicale*, l'avoir de la *société* sera versé à un un autre *syndicat* en plein fonctionnement, ou versé à la caisse d'une autre Association médicale.

XIII. Tout membre qui cesse de faire partie de l'Association syndicale de X., quelle qu'en soit la cause, n'a droit à aucun remboursement.

XIV. Les médecins de X..... sont individuellement invités à se réunir en syndicat et à accepter les présents statuts comme bases de leur Association syndicale.

Tout médecin qui viendra s'établir dans la région de X..... sera invité par le Président à adhérer aux présents statuts.

XV. L'admission du nouveau membre ne sera l'objet d'aucun vote. Il suffira que le demandeur formule sa demande par écrit, en donnant communication de son diplôme au secrétaire du syndicat.

Le procès-verbal indiquera les modifications que la discussion a fait subir aux statuts.

Ont signé les présents statuts :

1o Les membres présents, MM.

2° Les fondés de pouvoir, MM.

3° Ont déclaré par lettre adhérer provisoirement aux décisions de l'Assemblée, MM.

Les statuts seront soumis à la ratification de l'Assemblée générale qui aura lieu le à

Les quelques articles que nous venons de mentionner suffisent à assurer l'existence légale du syndicat, en déposant le procès-verbal de la séance d'adoption définitive des statuts revêtu des signatures, à l'enregistrement. (Le coût est de 5 fr.)

La lettre de convocation à l'Assemblée suivante devra mentionner quelques questions à résoudre. Nous donnerions la préférence à celles-ci :

1° Convient-il d'établir un tarif mininum, A pour les visites médicales; B pour les accouchements; C pour les petites opérations.

2° Convient-il d'adopter quelques règles communes en matière de recouvrement des honoraires.

Nous engageons vivement nos confrères à ne pas apporter de complications à leurs statuts, à ne pas y insérer que les membres du syndicat seront soumis à des *tarifs*, exposés à des *Pénalités.*

Les statuts définitifs pourront s'élaborer avec le temps et d'après les leçons de l'expérience.

Un avenir rapproché prouvera que l'essentiel est d'être constitué et d'établir l'union et l'accord des volontés. LA DIRECTION.

Toutes les observations sur l'organisation des syndicats doivent être adressées à M. le Dr Barat Dulaurier, à Saint-Seurin par Saint-Saturnin (Gironde), qui veut bien accepter d'être le secrétaire de la Commission créée en vue de cette organisation.

Peuvent faire partie de cette *commission* tous les membres des syndicats qui voudront étudier en commun les meilleures *mesures* à prendre et utiliser les leçons de l'expérience. Nous ont envoyé leur adhésion les membres du *Concours* ci-dessous :

Commission générale des Syndicats

MM. Dr *Barat-Dulaurier*, Vice-Président du syndicat de la Gironde.
Dr *Cauchy*, de la Société médicale du Nord-Est.
Dr *Chayron*, Secrétaire-Trésorier du syndicat de la Gironde.
Dr *Cassius*, Secrétaire-trésorier du syndicat de Lot-et-Garonne
Dr *Margueritte*, du syndicat du Havre.
Dr *Noir*, Président du syndicat de Brioude (Haute-Loire).
Dr *Mignot*, Président du syndicat de la Nièvre.
Dr *Mignen*, Président du syndicat de la Vendée.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

14 Janvier 1882 — 4me Année. — N° 2

SOMMAIRE

BULLETIN

C'est encore la question du diabète qui a eu les honneurs de la séance à l'Académie, le 27 décembre 1881, grâce aux communications qu'ont faites deux candidats, MM. Lécorché et Magitot. Dans son travail intitulé : *De la congestion veineuse et de la cirrhose hépatique dans le diabète*, M. *Lécorché* pose les conclusions suivantes :

1° La congestion du foie se rencontre fréquemment, pour ne pas dire toujours, dans le cours du diabète. Elle tient à la suractivité fonctionnelle de cet organe, cause de cette affection. 2° La cirrhose atrophique du foie s'observe trop souvent chez les diabétiques pour n'exister chez eux qu'à l'état de coïncidence; mais elle ne serait toutefois qu'indirectement liée, pour nous, à la congestion de cet organe; elle nous parait due surtout à l'ingestion exagérée des liquides faite par les malades.

Le travail de M. *Magitot* porte sur *la valeur diagnostique, dans le diabète sucré de la périostite alvéolaire des mâchoires.* Voici les conclusions auxquelles l'auteur arrive :

1o L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant. 2o Ce signe consiste dans une lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire*. 3° Cette manifestation du diabète, qui appartient au début de la maladie, et qui persiste pendant toute la durée, acquiert, dans certaines circonstances, l'importance d'un *signe révélateur*. 4o L'affection alvéolaire se caractérise, comme signe initial du diabète, par une première période ou période de simple *déviation des dents*. Par sa seconde période, *ébranlement des dents et catarrhe alvéolaire*, elle répond à la phase d'état de la maladie générale; par sa troisième période ou chute des dents, elle correspond à la phase la plus avancée de la maladie. 5o Au delà de ce dernier terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède ordinairement de peu la terminaison fatale du diabète.

Dans la séance du 3 janvier 1882, après l'installation du nouveau bureau et les discours d'usage, M. *Depaul* vient annoncer, au nom de M. le Dr Dubrueilh (de Bordeaux) la découverte faite d'un cas de cow-pox spontané, découverte faite par M. Landau, médecin à Eysines (Gironde), sur une vache de onze ans.

On a fait avec ce cow-pox une série d'inoculations successives sur des génisses; la cinquième de ces génisses, inoculée vendredi dernier, a été adressée à l'Académie par M. Dubrueilh, et va servir à de nouvelles expériences d'inoculation. M. Depaul rappelle qu'il y a dix-sept ou dix-huit ans, il a renouvelé le vaccin de l'Académie par du cow-pox découvert par lui à Beaugency.

Election. M. *Lambron* (de Luchon) est élu membre correspondant national de l'Académie dans la première division (*Médecine*).

Le bureau de la Société médicale des hôpitaux, pour l'année 1882, est ainsi composé :

Président, M. Dujardin-Beaumetz; *Vice-président*, M. Millard; — *Secrétaire général*, M. Desnos; — *Secrétaires*, MM. Duguet et Troisier; — *Trésorier*, M. R. Moutard-Martin. — *Conseil de famille :* MM. Guéneau de Mussy, Siredey, Martineau, Landrieux. — *Conseil d'administration :* MM. Hervieux, Descroizielles, Rendu, Sevestre, Rathery. — *Comité de publication :* MM. Landouzy, Zuber, Desnos, Duguet, Troisier.

A la Société de chirurgie, ont été nommés :

Président : M. Léon Labbé; *vice-président*, M. Guéniot; *premier secrétaire annuel* : M. Nicaise; *deuxième secrétaire annuel* : M. Périer ; *archiviste* : M. Terrier ; *trésorier* : M. Berger.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

LES TRAITEMENTS ACTUELS DE LA PHTHISIE.

Au milieu de l'indifférence que témoignent assez généralement les médecins de notre temps pour la thérapeutique, — principalement dans l'enseignement officiel, — le traitement de la phthisie a eu ce privilège d'échapper à l'esprit de découragement et de scepticisme; les travaux si nombreux et si remarquables que l'époque actuelle a vu naître, en font foi. Le danger était assez grand, il est vrai, — tant sont meurtriers les ravages causés par la phthisie dans toutes les classes de la société, — pour secouer la torpeur des plus déterminés partisans de la *nature médicatrice*.

Les travaux publiés sur ce sujet sont même si nombreux, qu'il nous a semblé qu'un résumé substantiel des résultats acquis serait bien accueilli par ceux de nos lecteurs, auxquels les exigences de la clientèle interdisent de suivre, au jour le jour, l'évolution de la littérature médicale. Nous les prions donc d'excuser la sécheresse inévitable de cet article où nous allons nous efforcer de mettre, suivant la devise du général Hoche, *des choses et non des mots.*

I.

Le premier résultat et le plus précieux est la démonstration péremptoirement faite de la curabilité de la phthisie confirmée, et la conviction acquise que la guérison n'est pas due, quand on l'obtient, à l'action de médicaments spécifiques, mais bien à un ensemble de moyens hygiéniques et thérapeutiques, appropriés, pour ainsi dire, à chaque cas particulier, et dans le choix desquels se révèlent la science et la sagacité du médecin.

Pourtant on ne peut se défendre d'une profonde tristesse, en songeant que la guérison de la phthisie par les moyens hygiéniques ne peut être obtenue qu'au prix de sacrifices pécuniaires inabordables pour la grande majorité des malades. Car si, au point de vue scientifique, la curabilité par l'hygiène est plus satisfaisante pour l'esprit que la recherche d'introuvables spécifiques, au point de vue humain et social, il est bien naturel de regretter qu'on n'ait pu trouver à opposer à la tuberculose des médicaments qui, comme le mercure et l'iodure de potassium, permettent de soigner presque aussi bien la vérole du pauvre que celle du riche.

Bref, quelle que soit celle des théories actuellement émises sur l'essence du tubercule qui doive être reconnue vraie dans l'avenir, — fût-ce même la dernière en date, assez hypothétique encore, la théorie infectieuse ou du microbe, — il paraît cliniquement incontestable que « le tubercule est le produit et le témoignage de la déchéance de l'organisme, dont la phthisie est le résultat général. » (Peter) Car les partisans même de la théorie du microbe admettent que celui-ci ne peut se développer dans l'organisme, qu'à la condition d'y trouver un terrain favorable, et ce terrain est préparé par une « *nutrition retardante* » (Bouchard).

La conséquence pratique immédiate est que le traitement de la tuberculose se résume en une *question de nutrition :* « toutes les fois que celle-ci s'abaissera, nous aurons un terrain favorable aux poussées de granulie et à leur évolution; toutes les fois au contraire que nous relèverons ces fonctions, nous arrêterons la tuberculose dans sa marche. » (Dujardin-Beaumetz).

Donc, avant de recourir à aucune préparation pharmaceutique, il convient de déterminer le traitement hygiénique du tuberculeux.

Alimentation. — On a dit avec raison que le pronostic de la tuberculose réside presque uniquement dans l'intégrité du tube digestif; des gens, ayant des cavernes pulmonaires très étendues, conservent encore les apparences de la santé, s'ils mangent et digèrent bien, et l'on ne saurait trop méditer cette parole de M. Peter : « *Entourez de soins pieux les fonctions de l'estomac du tuberculeux.* » Par elle se trouve proscrit tout médicament qui, « pour obtenir un résultat souvent problématique, viendrait compromettre un seul jour, un seul instant, les fonctions digestives. » Mais passons en revue les aliments qui conviennent le mieux à nos malades.

M. Dujardin-Beaumetz pense, qu'en général, le régime lacté exclusif et prolongé n'atteint pas le but qu'on se propose ; il affadit l'estomac et diminue l'appétit. On donnera seulement d'ordinaire un ou deux grands bols de *lait* froid, non cuit, et le plus près possible du moment où il a été trait, sans qu'il faille faire grande différence entre celui de vache et d'ânesse, quoique ce dernier soit plus digestif.

En considérant pourtant que la théorie infectieuse admet comme possible la transmission de

la tuberculose de la vache à l'homme, et qu'une grande partie des vaches en stabulation sont notoirement tuberculeuses, nous serions amené à donner la préférence au lait d'ânesse, si ce dernier n'était pas si coûteux dans les villes.

On peut additionner le lait soit de chlorure de sodium, soit d'eaux alcalines, pour en faciliter la digestion ou en modifier la saveur.

Le lait iodé parait moins recommandable.

Le *Koumys* ou lait de jument fermenté, très à la mode il y a quelques années, étant un produit intermédiaire entre le lait et les acools, peut être un élément de la médication tonique; mais il paraît un peu délaissé maintenant, probablement à cause de son goût aigre et piquant qui répugnait à beaucoup de malades.

L'importance des *corps gras* dans l'alimentation des phthisiques est incontestable, puisqu'ils sont les *aliments de la calorification* (Bouchardat). Béhier prétendait non sans exagération, que le beurre rendait les mêmes services que l'huile de foie de morue. — On recommande encore la crême, la graisse d'oie ou même de cheval. (Dujardin-Beaumetz).

La *viande crue*, réduite en pulpe que Fuster de Montpellier administrait mélangée à l'alcool, peut rendre quelques services plutôt dans du consommé; mais elle n'est pas exempte d'un grave inconvénient, celui de communiquer souvent le tænia.

Le *sang chaud* pris à l'abattoir, outre qu'il est horriblement répugnant, est condamné par les expériences de Magendie et de Payen qui ont montré que le sang administré aux animaux ne pouvait suffire à leur nutrition.

Les *poissons* et *mollusques* en vogue ont été la laitance de hareng en Allemagne, l'escargot plus ou moins modifié pharmaceutiquement, auquel, — nous le comprenons sans peine, — M. Beaumetz déclare préférer les huîtres.

Les *phosphates*, que nous verrons reparaître dans le traitement pharmaceutique, sont abondants dans certaines farines, celles de son, de lentilles, de maïs; cette dernière est riche aussi en matières grasses.

Le succès du cresson et de la tisane de fucus ou d'algues marines s'explique par la présence de l'iode et des bromures.

Les *vins et alcools* préconisés depuis quelques années, à doses élevées et prolongées, par les médecins anglo-américains, constituent un danger par l'abus que les malades se laissent volontiers aller à en faire; ce qui les maintient dans un état de surexcitation nerveuse factice, et d'éréthisme circulatoire auquel succède la plus fâcheuse dépression, et les fonctions digestives sont loin d'en être améliorées. H. Bennet reste dans la vérité en se contentant de fixer à une bouteille de vin de Bordeaux ou de Bourgogne, mêlé à l'eau et aux repas, le maximum par jour.

Il faut ici insister sur un symptôme extrêmement grave qui se présente trop souvent à une certaine période de la phthisie, l'*anorexie* absolue, le dégoût insurmontable pour toute espèce de nourriture. Tout récemment, MM. Debove et Dujardin-Beaumetz (1) ont fait connaître les bons résultats obtenus par eux, en pareil cas, par un procédé nouveau, l'*alimentation forcée* des phthisiques.

A l'aide du tube élastique que Faucher nous a enseigné à faire déglutir aux malades atteints d'affections chroniques de l'estomac, pour opérer le lavage de cet organe, tube terminé par un entonnoir de grande dimension, — on introduit un mélange composé de 100 à 150 grammes de viande crue très finement hachée, quatre œufs, jaunes et blancs compris, et 500 grammes de lait. On peut varier le mélange par l'addition de quatre à cinq cuillerées de peptones, quelquefois de 150 à 200 grammes d'huile de foie de morue, de pepsine ou de pancréatine, suivant les indications. On lave le tube en versant encore dans l'entonnoir et dans l'estomac 500 grammes de lait tiède.

D'après les auteurs de cette méthode, les résultats obtenus sont doubles : d'une part, l'état général s'améliore, il y a augmentation de force et de poids, les sueurs et la toux s'atténuent. Mais aussi, ce qui est plus inattendu, les malades qui ne pouvaient supporter aucun aliment sans le vomir au moindre effort de toux, conservent le mélange alimentaire; la digestion s'en accomplit facilement, (ce qui prouverait que l'intégrité complète des fonctions digestives peut coexister avec une anorexie absolue), et bientôt l'anorexie elle-même disparaît.

Cette méthode est encore trop récente pour qu'on puisse porter sur elle un jugement définitif; mais il n'est pas moins certain qu'elle est une précieuse ressource chez les tuberculeux qui, soit par leurs vomissements ou leur anorexie, soit par des lésions pharyngées ou laryngées rendant la déglutition impossible, ne peuvent plus s'alimenter eux-mêmes.

II

Hygiène de la Respiration.

Ce qui n'est pas moins important que l'alimentation, c'est l'hygiène de la respiration, la nature de l'air, ce *pabulum vitæ*, avec lequel se trouvent en contact les poumons malades. Bien loin d'obliger, comme le faisait l'ancienne médecine, les malades à vivre dans des appartements trop chauffés, avec fenêtres hermétiquement fermées et doubles portes, pour y *ruminer* une atmosphère sans cesse souillée par leur propre respiration et leurs émanations, — les maîtres d'aujourd'hui, plus judicieux, commandent que les tuberculeux se trouvent nuit et jour dans une atmosphère pure. L'air extérieur doit pouvoir constamment entrer et sortir. Les phthisiques supportent parfaitement une bonne ventilation (Bennet). — « Au dyspeptique, des aliments de choix, les plus nourrissants et les plus digestibles; au tuberculeux, un air également de choix, le plus hématosant comme le plus pur. » (Peter).

Si les phthisiques sont condamnés à ne pas quitter l'appartement pour une raison ou pour

(1) Bulletin de thérapeutique, 1881.

unc autre, « qu'ils ne restent pas habituellement dans la journée dans la chambre consacrée au sommeil, pour qu'on puisse ventiler cette dernière. Pour atténuer les mauvais effets de cette réclusion forcée sur les organes nutritifs, je prescris aux malades de se promener de long en large dans leur appartement, de faire leur *quart*, comme je leur dis, pendant une à deux heures chaque jour, fractionnant cet exercice autant qu'il le faudra pour éviter la fatigue. » (N. Guéneau de Mussy).

S'il est un point sur lequel les opinions des médecins actuels diffèrent de celles qui régnaient, il y a quinze ou vingt ans, c'est assurément le *traitement climatérique*. Des deux éléments météorologiques qui entrent dans la constitution d'un climat, la température et l'altitude, le premier seul préoccupait autrefois les médecins. Hâtons-nous de dire qu'il les préoccupe toujours, et à juste titre, mais non plus exclusivement.

Ainsi, sans doute, on conseillera toujours un climat tempéré, un air doux, tranquille, plutôt mou que sec, sans être décidément humide, aux sujets nerveux, excitables, qui réagissent avec un extrême vivacité, chez lesquels dès le début il y a tendance à la fièvre. Pour eux, Madère pendant l'hiver, encore Pise, Venise ou Pau. Aux sujets mous, lymphatiques, peu excitables, conviendront toujours Cannes, Nice, Hyères. L'Algérie nous offre une précieuse ressource, et bien d'autres *stations hivernales* en France et à l'Etranger constitueront toujours l'objectif naturel de la plupart des phthisiques. Mais ce qu'il est intéressant de noter, c'est une révolution qui tend à se faire pour le traitement de certains tuberculeux, révolution toute récente et à laquelle n'ont pas peu contribué les remarquables travaux de M. le professeur Jaccoud, c'est la *cure par les altitudes*.

L'influence de l'altitude dans le choix des stations, surtout *estivales*, a été mise en lumière d'abord par Lombard. L'enquête à laquelle il se livra auprès des médecins qui pratiquent dans les grandes altitudes, soit en Suisse, soit ailleurs, lui apprit que la phthisie était presque inconnue au dessus de 1,500 mètres d'altitude. Ce n'était pas évidemment une raison pour admettre que des tuberculeux venus de la plaine seraient améliorés sur les sommets.

Pourtant l'expérience a mis hors de doute l'heureuse influence de l'altitude sur la marche de certaines phthisies. « Les conditions que crée le séjour des régions élevées, consistent dans la respiration d'un air plus raréfié, moins riche en oxygène, dans l'augmentation de l'ozone, dans la rapidité de l'évaporation cutanée et pulmonaire, la facilité de l'exosmose, dans l'abaissement de la température, dans la pureté et la transparence plus grande de l'air. Dans ces conditions, malgré la diminution de la quantité d'oxygène introduite par chaque inspiration, les échanges gazeux sont plus rapides, les respirations, plus profondes et plus efficaces. » L'homme de la montagne respire *plus à fond*, » d'où l'élargissement de la poitrine et l'augmentation de la capacité pulmonaire (Hanot).

En vertu de ces considérations, bon nombre de médecins ont adopté le procédé de la cure par les altitudes et en Suisse, dans les Alpes grisonnes, à Davos, dans l'Engadine, à Saint Moritz sont établies des stations très florissantes où des centaines de phthisiques passent l'année entière au milieu des glaciers. C'est là un fait qui, comme l'a fait remarquer Lombard, aurait paru le comble de la folie, il y a cinquante ans. Mais il est assez intéressant, en tout cas, de constater ce revirement complet dans les idées thérapeutiques, et nous y reviendrons dans un prochain article.

(*à suivre*) Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

MÉDECINE CANTONALE

NEUVIÈME LETTRE

CHAPITRE II

CIRCONSCRIPTIONS MÉDICALES PLUS OU MOINS ÉTENDUES, AVEC UN SEUL MÉDECIN NOMMÉ PAR L'ADMINISTRATION ET RECEVANT UNE ALLOCATION ANNUELLE FIXE (NIÈVRE, CHER, LOIRET).

I. Circonscriptions composées de plusieurs communes.

Nous avons examiné (numéros 19, 22, 27, 28, 42, 47, 48 du *Concours*), le système cantonal pur, et indiqué son insuffisance et les défauts de son organisation. Il nous faut maintenant étudier le système cantonal mitigé ou système des circonscriptions.

Frappé de l'impossibilité matérielle pour le médecin cantonal de donner des soins réguliers aux malades de tout un canton, plusieurs préfets et médecins proposèrent de limiter le service médical à une circonscription déterminée, de telle sorte que le travail du titulaire, devenant moins pénible, il fut possible d'attendre de lui qu'il en remplit les obligations,

Grâce aux efforts du Dr Andrieux (de Brioude), l'établissement de circonscriptions médicales fut adopté dans le département de la Haute-Loire, que les départements de l'Aisne, du Cher, de la Nièvre et du Loiret ne tardèrent pas à imiter.

Chaque département, avec ce système, est divisé en un certain nombre de circonscriptions composées de plusieurs communes groupées ensemble, sans qu'il soit tenu compte de la division administrative par canton, et un médecin est placé à la tête de chaque service. Il avait été question d'imposer au médecin le lieu de sa résidence, afin qu'il fut placé au point le plus central de sa circonscription, mais cette mesure était de

nature à léser plus d'un intérêt, et beaucoup de Préfets, dans des vues plus judicieuses et plus libérales, eurent à cœur de créer autant de circonscriptions qu'il y avait de médecins désireux de participer au service.

Avantages de cette organisation.

Il est évident que l'attribution à chaque médecin d'une circonscription bien limitée, rend le service plus facile et permet de satisfaire aux appels pressants des malades, à condition, toutefois, que la résidence du médecin soit située à peu près au centre de la circonscription. Plus le nombre des médecins sera grand et plus le nombre des communes groupées ensemble sera restreint, plus aussi l'organisation sera parfaite.

Un avantage encore, c'est que tous les médecins peuvent être appelés à faire partie du service. De cette façon il est possible à un médecin de se faire suppléer en cas de maladie ou d'absence. Le service est donc plus régulier, et les rapports entre médecins deviennent plus confraternels.

Inconvénients.

Mais il y a un revers à la médaille.

Nous reprocherons au système des circonscriptions d'imposer au malade un médecin nommé par le Préfet, et nous ajouterons que les circonscriptions sont, en général, beaucoup trop étendues.

L'embrigadement des médecins que nous avons critiqué lorqu'il s'est agi de la médecine cantonale, nous semble ici d'autant plus regrettable, qu'un plus grand nombre de médecins, que presque tous même, sont admis au service. Le médecin doit trouver dans sa *liberté d'action* un dédommagement à bien des peines; il faut donc qu'il ne devienne jamais, ni ne puisse jamais être considéré comme un fonctionnaire (1).

Peut-on sérieusement espérer qu'un médecin suffira à toutes ses obligations? Il est chargé : 1° du traitement gratuit des malades indigents; 2° de la vaccination dans toute la circonscription: 3° du traitement et de la surveillance des enfants trouvés, placés par l'administration; 4° de l'hygiène publique, et de la surveillance hygiénique des écoles, des salles d'asiles et autres établissements publics; 5° de l'étude et du service des épidémies, conjointement et d'accord avec le médecin des épidémies; 6° de la statistique médicale; 7° de fournir à l'autorité tous les documents relatifs à l'exercice de leurs fonctions; 8° de correspondre, s'ils n'en font pas partie, avec le Conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement.

(1) Nos magistrats eux-mêmes se plaignent d'être des *fonctionnaires.* « En faisant des magistrats des fonctionnaires comme les autres, on a porté une atteinte grave à leur indépendance et surtout à la foi qu'on avait en elle. » Ainsi parle M. l'avocat général Bouchez à l'audience de rentrée de la cour d'appel de Paris en novembre 1881. — Et pourtant nos magistrats sont *inamovibles.*

C'est là l'organisation préconisée par le Dr Andrieux. Il nous semble qu'il eût fallu donner à chaque médecin un secrétaire payé par l'administration! Nous ne donnons pourtant qu'une faible idée des devoirs du médecin cantonal. Nos lecteurs trouveront les détails qui pourront les intéresser dans la brochure du Dr Andrieux (chez J. B. Baillière), mais nous dirons encore qu'il doit s'occuper, au point de vue de l'hygiène publique des immondices, des fumiers des vidanges, etc., etc., etc., du percement des rues, chemins, de la construction et réparations des églises, presbytères, écoles, etc., etc., des causes de décès en tenant la main à l'exécution des lois relatives aux inhumations. Il doit même, quand il connait des cas d'épizooties, prévenir l'autorité *afin qu'un vétérinaire puisse être envoyé sur les lieux.* Est-ce assez complet! Pauvre médecin! Et cependant nous n'avons pas tout dit.

Les ennuis d'un tel service détermineraient bientôt un grand nombre de titulaires à donner leur démission, et, dès lors, une faible partie d'entre eux restant en fonctions, nous retomberions, avec l'apparence d'une autre organisation, dans le système cantonal pur.

On a proposé de nommer le médecin cantonal pour dix années. C'était exclure du service tous les médecins qui viendraient à s'établir après son organisation. Le Préfet du Loiret, M. Dubessay, l'avait compris et avait maintenu le service ouvert: « 3° les jeunes docteurs qui viendront s'établir dans un canton après l'organisation de « l'assistance publique, pourront, *après avoir « fait preuve de capacité*, être nommés médecins adjoints; ils seront appelés à remplacer « les titulaires en cas de vacance, et à les suppléer « quand ils seront malades. »

On a remarqué le *après avoir fait preuve de capacité* qui fait rêver. Les facultés dans lesquelles les médecins auront pris leurs grades, seront bien appelées à donner des renseignements, mais tant pis pour le malheureux qui, à ses débuts, ne guérira pas les incurables!

Il faudrait, en stricte équité, que les circonscriptions fussent remaniées chaque année pour permettre l'admission de tous les nouveaux praticiens, et reconnaître à chacun d'eux le droit de faire partie de la commission qui dresse la liste des indigents.

Les critiques sont, en partie, celles que nous avons formulées contre la médecine cantonale. Il nous reste à montrer que le traitement des médecins est aussi insuffisant dans l'un que dans l'autre système.

Deux modes sont adoptés pour la détermination du traitement fixe alloué au médecin : 1° allocution fixe par année; 2° allocution fixe à tant par tête d'habitant. Dans e premier cas, il faut craindre de voir la liste des indigents s'allonger indéfiniment, le maire, le curé, les personnes influentes ayant leurs adhérents politiques et religieux qu'il faut favoriser pour en entretenir le zèle. Dans le second cas, on doit s'attendre à ce que, dans un but d'économie, le nombre des malheureux admis sur la liste soit par trop

restreint, « certains maires, dit le Dr Mignot (de « la Nièvre), trouvant plus simple de laisser les « indigents de leur commune mendier ou sur- « prendre les soins et les médicaments du méde- « cin. » Quel que soit le mode employé pour fixer la rétribution du médecin il est certain qu'il est toujours préjudiciable à ses intérêts.

(*A suivre*). Dr Mignen (de Montaigu).

II

Sociétés de secours mutuels.

Quelques mots sur les rapports présentés par le Dr Surmay (de Ham), sous ce titre : Médecins et Sociétés de Secours Mutuels, par le Dr Bibard (de Pontoise), au nom de l'Association des médecins de Seine-et-Oise. (Versailles, séance du 22 décembre 1881).

Par suite du mandat qui m'a été confié par l'assemblée générale du 21 juillet dernier, je me trouve amené, messieurs et bien chers collègues, à vous dire quelques mots sur les observations fort peu nombreuses, quoique assez importantes, que j'ai faites à propos du rapport de notre confrère Surmay, de Saint-Quentin, sur les relations entre Médecins et Sociétés de secours mutuels.

Comme vous tous, j'ai lu avec grand intérêt le travail du Dr Surmay, comme vous j'en ai approuvé et applaudi l'argumentation, qui retrace parfois d'une façon saisissante les dénis de justice et de courtoisie dont nous avons à nous plaindre. Entraîné comme lui par une légitime fierté et par la logique, j'ai été tenté de vous proposer d'appuyer purement et simplement ses conclusions qui tendent, comme le dit notre confrère dans son langage fortement imagé, à la séparation d'un ménage besoigneux, au sein duquel, aux ravissements de la lune de miel, ont succédé les désenchantements et les pitoyables querelles.

En y réfléchissant et me reportant à une expérience qui s'est faite sous mes yeux et à mes dépens, j'ai pensé qu'il fallait, avant tout, compter avec la raison et avec les nécessités de l'époque à laquelle nous vivons. Je serais donc disposé à proposer une autre conclusion au très remarquable travail du Dr Surmay, et je ne demanderais la séparation que dans les cas où les égards et une rémunération honorable seraient refusés à nos confrères.

Voici comment je formulerais ces conclusions :

1o Tous les médecins d'une localité seront admis, s'ils y consentent, à donner des soins aux membres des Sociétés de Secours Mutuels, qui existent dans cette localité.

2o Le seul mode de rémunération équitable est l'honoraire à la visite ; le prix des visites, consultations, opérations, etc., sera égal au taux *minimum* en usage dans chaque localité.

3o Dans ces conditions, la société sera responsable vis-à-vis des médecins des honoraires à eux dus par ses membres.

Les motifs qui m'ont dicté ces conclusions sont doubles : d'abord elles sont honorables, voilà le premier et le principal motif. En second lieu, j'ai considéré que notre confrère Surmay n'avait pas apprécié à sa juste valeur un argument qui est venu sous sa plume. « Si nous faisons des con- « cessions aux sociétés, dit-il, c'est parce que « nous les craignons ; mais, il faut avoir le « courage de le dire, c'est parce que nous nous « craignons nous-mêmes. Au lieu de chercher la « force dans l'union et de nous coaliser contre « l'ennemi commun, nons obéissons à la méfiance « qui nous divise et nous affaiblit, et nous pacti- « sons avec lui. »

Tant que les Médecins qui restent en dehors des associations ou des syndicats ne seront pas devenus une imperceptible minorité, nous ne devrons pas rompre avec les Sociétés de Secours Mutuels, par le seul motif qu'elle sont sociétés de Secours Mutuels, mais bien parce qu'elles auront refusé de satisfaire à nos légitimes exigences.

Les *conclusions* de ce rapport, après discussion approfondie et contradictoire, sont adoptées ; seulement la réunion décide qu'on en accentuera la signification en les faisant précéder des déclarations suivantes :

1° L'association médicale de Seine-et-Oise repousse avec énergie les conclusions présentées par le Dr Surmay, conclusions qu'elle considère comme attentatoires à la liberté et à la dignité du corps médical.

2° Elle pense que, dans l'intérêt bien entendu des médecins et des sociétés de Secours Mutuels. il est convenable que des démarches soient faites pour amener l'entente entre les uns et les autres.

3° L'entente pourrait s'établir sur les bases suivantes :

A. Tous les médecins d'une localité... (voir ci-dessus).

B. Le seul mode de rémunération équitable.. et...

C. Dans ces conditions la Société... etc...

4° Les stipulations intervenues antérieurement entre des membre du corps Médical et les sociétés existantes continueront encore à subsister, tant que subsistera l'accord qui les a amenées.

Agréez etc. Dr Bibard.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire des greffes épidermiques.

M. *Féréol* communique à la *Société médicale* des hôpitaux, une observation recueillie par M. le Dr *Deubel* (de Monbéliard) et qui a pour titre : *Erysipèle gangréneux. Emploi des greffes épidermiques pour hâter la cicatrisation. Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire des greffes*. Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de quarante-neuf ans qui, en janvier 1881, fut atteint d'un érysipèle gangreneux ayant pour point de départ une ulcération superficielle siégeant sur des hémorrhoïdes, envahissant le tiers supérieur de la cuisse gauche et détruisant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire de la face antérieure du membre. Le 7 mars, 45 greffes dermo-épidermiques prises sur cinq personnes de vingt à quarante ans furent placées sur la moitié externe de la plaie bourgeonnante, qui ne mesure pas moins de 3 décimètres carrés ; 33 greffes con-

tractèrent adhérences. Le 18 mars, 28 greffes furent prises sur la muqueuse buccale d'un lapin; elles disparurent par fonte cellulaire. Le 23 mars 40 greffes prises sur sept personnes de douze à cinquante ans furent placées sur la moitié interne de la plaie: 30 conservèrent leur vitalité. Grâce à ces greffes, dont un grand nombre réussit, la plaie commençait à être entièrement cicatrisée, quand, le 5 avril, apparût, sur la moitié externe de la plaie qui avait reçu les premières greffes, une ulcération gris-bleuâtre, creusée en forme de godet, de la dimension d'une pièce d'un franc. Les jours suivants, se produisirent de nouvelles ulcérations semblables, et, dans l'espace de trois jours, la cicatrice fut complètement détruite. Dix semaines après l'application des premières greffes (19 mai), apparût une roséole abondante; bientôt le malade eut une éruption croûteuse du cuir chevelu, et plus tard des plaques muqueuses dans la bouche. Un des fils du malade, âgé de vingt-cinq ans, et qui, chaque fois, avait fourni des greffes, vint trouver M. Deubel en se plaignant de douleurs et de démangeaisons à l'anus, il avait des plaques muqueuses; dix-huit mois auparavant, il avait eu un chancre pour lequel il n'avait pas jugé nécessaire de consulter un médecin. J'avais donc, dit M. Deubel, communiqué la syphilis à mon malade par le sang qui adhérait aux greffes prises sur son fils. Depuis quelques semaines seulement sa plaie est entièrement cicatrisée, c'est-à-dire huit mois aprés le début de son érysipèle.

* *

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique et ammonique.

M. le Dr *Martineau* a rappelé dernièrement l'historique de ce mode de traitement, proposé d'abord par Scaranzio (de Pavie), qui injectait de la glycérine tenant en suspension du calomel à la vapeur; cette méthode fut ensuite en honneur en Angleterre, mais on substitua le sublimé en dissolution au calomel; enfin, chez nous, Liégeois la préconisa de préférence à l'administration des mercuriaux par les voies digestives; il employait l'iodure double de mercure et de sodium, associé plus tard à la morphine, pour combattre la douleur vive provoquée par les injections. A la suite des travaux qui firent connaître le mode d'assimilation du mercure à l'état d'albuminate, on ajouta au sel mercurique du blanc d'œuf, espérant faciliter ainsi son absorption. Malgré tous ces efforts, les injections faites avec ces diverses solutions déterminaient presque constamment des douleurs violentes et parfois des indurations persistantes ou des abcès. Bamberger et, plus récemment, M. Terrillon remplacèrent l'albumine par la peptone, et, depuis lors, la méthode des injections sous-cutanées de mercure, qui avait été presque entièrement abandonnée, a été de nouveau remise à l'étude.

Désirant instituer une série d'expériences avec le peptonate de mercure ou mieux la peptone mercurique, M. Martineau pria M. Delpech de préparer une solution soigneusement titrée et susceptible d'une bonne conservation. Cette solution renferme :

Bichlorure de mercure	10	grammes
Peptone sèche	15	—
Chlorure d'ammonium pur	15	—

Pour une quantité variable d'eau et de glycérine suivant le titre que l'on désire obtenir. M. Martineau l'a employée chez un grand nombre de malades et a pratiqué jusqu'à ce jour treize cents injections; au début, il faisait tous les trois jours une injection de 1 centimètre cube renfermant 2 milligrammes de sublimé, tandis que, comparativement, une autre série de malades était soumise à des injections d'un demi-centimètre cube seulement, renfermant la même dose de sublimé et espacées de la même manière. N'ayant observé aucun accident local, il pratiqua les mêmes injections tous les deux jours, puis tous les jours; enfin, il arriva à donner, tous les jours, 3, puis 4 milligrammes de peptone mercurique ammonique, et aujourd'hui il a élevé la dose à 5 milligrammes sans aucun accident, et se propose, si la préparation continue à être bien supportée, à aller jusqu'à 6, 7 et même 8 milligrammes.

Il ne s'est produit, à la suite de ce traitement, aucun accident local, ni induration, ni abcès; il ne s'est jamais montré de salivation, mais il faut avoir soin de faire l'injection bien exactement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et la région qu'il faut choisir de préférence est le dos, car, en ce point, le tissu cellulaire sous-dermique est lâche et abondant. La douleur a été nulle dans la très grande majorité des cas; chez deux ou trois malades, elle a consisté en une brûlure peu intense qui a persisté pendant plusieurs heures, et chez cinq ou six autres elle s'est bornée à une légère cuisson qui n'a jamais duré plus d'une heure; tous ces phénomènes douloureux se sont montrés après les deux ou trois premières injections, mais n'ont pas reparu à partir de la quatrième. Même à la dose de 4 milligrammes par jour, il ne s'est produit ni stomatite ni accidents gastro-intestinaux; la même tolérance a été jusqu'ici observée à la dose de 5 milligrammes. La solution de peptone mercurique ammonique, employée en injections sous-cutanées, paraît avoir sur l'évolution des accidents syphilitiques une action plus prompte et plus marquée que le sublimé administré par les voies digestives; elle est appelée surtout à donner de beaux succès dans les cas de syphilis grave, avec accidents menaçants, alors qu'il est nécessaire d'agir vite et d'une façon énergique. Ce procédé thérapeutique est d'ailleurs très facile à employer et ne détermine ni douleurs ni accidents d'aucune sorte.

* *

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Hallopeau* a exposé devant la même société les résultats favorables qu'il a obtenus dans une série de cas de fièvre typhoïde par une médication complexe basée surtout sur l'emploi du calomel, du salicylate de soude et du sulfate de quinine. Voici comment il procède habituellement : le jour

de leur entrée à l'hôpital, les malades prennent 1 gramme ou 1 gramme 50 de calomel; les jours suivants, on leur donne, soit le salicylate à la dose de 2 grammes seulement, soit le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50, puis on continue alternativement ces deux médicaments, en ayant soin de ne pas laisser les malades soumis pendant plus de trois jours de suite à l'action du salicylate. M. Hallopeau prescrit simultanément des lotions froides sur le ventre et des lavements froids; dans les formes ataxiques, il a recours à la digitale en même temps qu'aux bains froids; les congestions viscérales sont combattues en outre par des applications réitérées de ventouses sèches. Il cherche enfin à soutenir, dans la mesure du possible, les forces des malades en leur faisant prendre toutes les deux heures une tasse de lait ou de bouillon; les typhiques de l'hôpital Tenon prenaient ainsi trois ou quatre litres de lait par jour. En dehors du calomel employé le premier jour, les purgatifs ont été peu usités car ils ont l'inconvénient de gêner l'administration des antipyrétiques. Une première série d'observations a montré que ces agents thérapeutiques ainsi employés abaissaient le centre des oscillations thermiques et semblaient exercer une action favorable sur la marche de la maladie.

Une seconde série de faits portant sur 46 cas est venue confirmer les résultats favorables obtenus dans la première, puisque la mortalité n'a pas atteint le chiffre de 11 pour 100 et on sait que la mortalité moyenne est de 18 à 19 pour 100. M. Hallopeau ajoute qu'il donne maintenant l'acide phénique, concurremment avec les autres antipyrétiques, dans le double but de modérer la fièvre et aussi de désinfecter les matières contenues dans l'intestin. Il le donne sous forme de lavements qui en contiennent 0,50 centigrammes et qui sont renouvelés deux fois par jour seulement.

Dans l'étude qu'il a faite sur l'action du salicylate de soude dans la fièvre typhoïde, M. Hallopeau a pu constater les réels dangers qu'il y avait à employer ce médicament à dose élevée. Bien qu'on l'ait donné en Allemagne jusqu'à la dose de 15 grammes, on doit considérer les doses de 3 ou 4 grammes comme susceptibles de donner lieu à des accidents, si on les continue longtemps, car il a pu observer, dans ces conditions, des troubles qu'il paraît avoir sinon provoqués, du moins aggravés, et particulièrement des phénomènes de dyspnée avec ou sans congestion pulmonaire, des hémorrhagies et de l'excitation cérébrale. La dyspnée en particulier, phénomène signalé jusqu'ici exceptionnellement, a paru plusieurs fois d'une façon évidente sous la dépendance du salicylate de soude à dose un peu élevée. Des hémorrhagies intestinales ont paru être sous la même influence, et comme d'autres accidents hémorrhagiques ont déjà été attribués au salicylate, M. Hallopeau s'abstient maintenant de le donner à tout malade qui a des épistaxis abondantes ou qui perd du sang par une autre voie. Les troubles cérébraux paraissent tout à fait exceptionnels et les troubles gastriques ne s'observent pas si on a soin d'administrer le sel dilué dans un demi-verre de tisane légèrement alcoolisée. En résumé, en donnant le salicylate à la dose quotidienne de 2 grammes seulement, en ayant soin de n'en continuer l'usage que pendant peu de jours, de manière à éviter son accumulation dans l'organisme et en s'abstenant de le prescrire dans les formes thoraciques, ataxiques et hémorrhagiques, on évite presque à coup sûr ces différents accidents, ou du moins s'ils se produisent, ils ne présentent pas de gravité.

(*Journal de Méd. et de Chirurg. pratiq.*)

*
* *

Chancres et perforation du rectum, mort.

M. *Wehenkel* a soumis dernièrement à la *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles* une observation curieuse de perforation du rectum accompagnée d'hémorrhagie dans la cavité péritonéale qui détermina une péritonite mortelle. La cause primitive avait été un chancre du rectum, chez une fille de vingt-trois ans, prostituée. Ce chancre, resté méconnu et par conséquent non traité, était devenu phagédénique, térébrant, avait détruit les tuniques intestinales en profondeur comme en surface, et, tandis que ses bords se cicatrisaient, le fond continuait à s'ulcérer. Des proliférations celluleuses protégèrent pendant quelque temps l'intestin et l'empêchèrent de se perforer, mais l'ulcère, continuant sa marche envahissante et détruisant tout devant lui, a déterminé la perforation du rectum. Du reste, ce qui, dans le cas présent, a mis hors de doute le caractère et la nature des lésions qui ont amené les accidents rapidement mortels, c'est qu'il existait un second chancre, moins grand que le premier et en voie de développement; de plus, une érosion chancreuse se trouvait dans le vagin.

L'ouverture du rectum a montré en effet, à 12 centimètres de l'orifice anal, une perte de substance arrondie de plus de 2 centimètres de diamètre et, un peu plus haut, à quelques millimètres de cette ulcération une seconde perforation large de 5 millimètres environ. Les bords de la première étaient parfaitement cicatrisés, tandis que ceux de la seconde étaient encore en voie d'ulcération. Une abondante quantité de tissu conjonctif avait oblitéré la large perforation et empêché la pénétration des matières fécales dans la cavité abdominale, jusqu'au moment où, les adhérences se détruisant, le sang des vaisseaux, nombreux dans ces parties ulcérées, a pu s'épancher librement dans la cavité péritonéale et y déterminer les accidents graves auxquels la malade a succombé.

Les lésions du rectum ont donc certainement marché de bas en haut et de dehors en dedans, le reste de l'intestin étant parfaitement sain, sans aucune trace de colite ou de rectite. *(Presse méd. belge.)*

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Résumé des observations faites au point de vue de la médecine légale sur les cadavres du Ring-Théâtre et lues à ses auditeurs le 13 décembre, *par M. le professeur Hoffmann, directeur de l'Institut anatomo-pathologique de l'Université de Vienne.*

« L'épouvantable accident qui a causé la mort de tant de personnes et nous a tous émus, est intérressant à certains points de vue pour le médecin légiste. Je ne m'occuperai pas de la question de police sanitaire soulevée par l'accumulation de tant de cadavres dans notre institut; heureusement que la putréfaction fût retardée par la température. En été, il eut été impossible de les conserver un seul jour sans danger pour les malades soignés dans la maison. Je veux, en peu de mots, parler des questions d'identité découlant d'un événement aussi triste, et dire d'après quels principes méthodiques la reconnaissance des cadavres fut rendue possible. On ne pouvait ici employer la façon ordinaire de décrire un cadavre comme on le fait en anatomie pathologique dans un but de science; impossible aussi de procéder régulièrement comme en médecine légale. L'identité seule était en jeu et toutes les autres questions s'effaçaient devant elle. Ces circonstances extraordinaires et terribles nous traçaient une ligne de conduite particulière; et j'ai proposé un schema qui fut accepté par les confrères partageant la besogne avec moi et par les cinq commissions de chacune desquelles un de nous faisait partie comme anatomiste. Ce schema était ainsi conçu :

No ...
Sexe.
Age (approximatif).
Taille.
Embompoint.
Habillement.
Tête : 1. Forme et visage.
2. Cheveux, barbe.
3. Iris.
4. Nez.
5. Dents.
Mains, épiderme et ongles.
Marques particulières.
Signes de grossesse.

Suivant ce plan, deux cents cinquante cadavres furent examinés et en partie reconnus. Je veux vous communiquer quelques observations faites à ce sujet.

« Le sexe, dans beaucoup de cas, à cause de la carbonisation presque complète, ne pût être déterminé que par des recherches internes. La certitude naturellement découlait de la présence ou de l'absence de l'utérus, des ovaires, etc.

« L'âge ne pouvait être la plupart du temps établi qu'approximativement, et donnait cependant ainsi des points de repère très précieux pour l'identité des cadavres. L'inspection simple montrait au premier moment des transformations extraordinaires; des vieillards paraissaient des jeunes gens et réciproquement. Dans ce cas un point de repère des plus sérieux était l'humérus au point de vue de l'union complète de la diaphyse avec l'épiphyse. Vous savez qu'elle n'est parfaite qu'à partir de la 24e année. Viennent ensuite, dans le même ordre d'idées, l'ossification des côtes, du larynx, car vous savez aussi que cette dernière se fait de 30 à 35 ans, pour être complète vers 40 ans. Chez les femmes, l'état des ovaires fournissait des données importantes; chez les filles et les jeunes femmes ils paraissaient complétement lisses; chez des personnes plus agées ils avaient l'aspect bosselé bien connu qu'ils prennent aprés de nombreuses ovulations.

« La barbe et les cheveux avaient pris sur beaucoup de cadavres une couleur noire uniforme. La teinte véritable n'apparaissait qu'après un nettoyage minutieux.

« L'apparence laiteuse et comme cuite de la cornée, permettait difficilement de reconnaître la couleur de l'iris; dans quelques cas, son opalisation faisait croire à des iris bleus.

« Les dents étaient calcinées et devenues si cassantes qu'elles se désagrégeaient au moindre attouchement. On pouvait facilement croire à la carie et la détermination de l'âge par l'usure des dents en était quelque fois très difficile. Leur situation, souvent irrégulière, fournit un signe important d'identité. Nous observâmes une masse de fausses dents et de rateliers.

« Dans l'inspection des mains, outre le plus ou moins de finesse de l'épiderme on ne pouvait négliger l'état des ongles. Un épisode remarquable en démontre l'importance. Une famille désolée (deux vieillards, homme et femme et un homme plus jeune) venus pour chercher les uns leur bru, l'autre sa femme, déclara que la malheureuse nourrissait et avait les ongles rongés. Après de nombreuses recherches on trouva un cadavre dans lequel la famille crût trouver la personne aimée et perdue; l'état des seins et des ongles était conforme à la déclaration faite. On aperçut bientôt une « amulette » et une croix que la jeune personne portait sur son sein, et la famille était israélite ! Les habits aussi ne parurent plus les mêmes; et, par le fait, on reconnut après avec certitude un autre cadavre pour celui de la personne perdue.

« En fait de marques particulières, on pût constater, dans un cas, une cicatrice coxale, et dans un autre, un kyste de la racine de l'index droit. Il va de soi que l'on trouva pas mal de hernies et de bandages herniaires. En tout, on put affirmer six grossesses, dont une de six mois, deux du second et deux du 3e mois. Dans une de ces dernières, le col seul restait encore; l'utérus et les ovaires étaient carbonisés. Les seins renfermaient du colostrum. L'identité de ce cadavre fut d'ailleurs constatée.

« Aux places où les effets d'habillement étaient collants, on trouve des parties intactes, même sur des cadavres fortement carbonisés. Naturellemens nous vîmes tous les degrés de la brûlure; mais, en général on ne trouva que peu de cadavres desquels on pût certifier que les brûlures avaient été faites pendant la vie, l'érythème et les phlyctémes observés étant rares extérieurement. Il est très probable que presque toutes les victimes de cette épouvantable catastrophe furent d'abord étouffées par la fumée et ne furent brulées que dans l'état asphyxique, dans l'agonie ou aprés la mort. Par l'effet de la chaleur, des crânes étaient carbonisés et crevassés de façon que la cervelle cuite paraissait à nu. Beaucoup d'abdomen

étaient béants, et les organes internes ratatinés tout en conservant leur forme, »

Extrait de l'Allgemeine Medicinische-Central Zeitung.

Dr FISCHER.

COURRIER

I

Plaie immense du crâne. — Fracture comminutive du frontal dans presque toute son étendue. — Issue du liquide céphalo-rachidien avec perte de substance cérébrale. — Guérison.

Lorsque la substance cérébrale est à nu, la mort est considérée comme inévitable par beaucoup de médecins. Je répète que c est une erreur. Ainsi s'exprime le Dr Tillaux dans son *Traité d'anatomie* topographique si justement estimé.

Le fait suivant vient corroborer son assertion.

Le nommé Mettet Charles, âgé de 52 ans, graisseur dans une filature au coton, tombe le 16 juin 1878 d'une hauteur de cinq mètres. La tête porte sur l'aube d'une roue horizontale dont l'arête curviligne à une épaisseur de 8 mm. Retiré sanglant de la turbine, on le transporte dans un appartement où, à mon arrivée je constate les lésions suivantes :

Toute la région frontale est en lambeau, l'œil droit a disparu complètement sous la paupière supérieure volumineuse et noirâtre; une vaste et large solution de continuité, décrivant une courbe à concavité inférieure s'étend de l'os malaire du côté droit, passant au-dessus du rebord sourcilier, s'élevant vers la partie moyenne de l'os frontal jusqu'à la bosse frontale gauche, mettant à nu la partie inférieure de son tissu osseux. Deux autres plaies longues et larges labourent le reste du cuir chevelu. Le blessé perd par la bouche une grande quantité de sang. Il délire. Je le fais transporter à l'hôpital pour pouvoir l'examiner d'une façon plus complète.

La fracture intéresse le frontal dans toute son épaisseur, s'étandant depuis l'angle orbitaire externe droit jusqu'à la partie inférieure de la bosse frontale gauche, en suivant la courbe indiquée plus haut. Les bords de l'os fracturé sont largement écartés; j'en extrais plusieurs esquilles, dont une très volumineuse que l'infirmier retrouve le lendemain sous le lit. Vers la bosse frontale droite, à sa partie moyenne, j'enlève par le lavage, une certaine portion de pulpe cérébrale, en même temps que j'observe l'écoulement continu d'un liquide transparent, mais légèrement teinté par le sang versé à la surface de la plaie. Je rapproche, autant que faire se peut, les tissus contus et divisés; j'entoure la tête du malade d'un pansement largement ouaté, puis je me retire en pronostiquant une mort certaine et très prochaine.

A ma visite du soir, le blessé vit encore, mais il a du délire; il se fait un écoulement continu du même liquide, qui est bien le liquide céphalo-rachidien. Je quitte l'hôpital certain de ne plus revoir mon malheureux blessé.

Le 17, à ma visite du matin, il vit encore, il parle, accuse des douleurs contusives par tout le corps, se plaint beaucoup de la tête; chaleur modérée; pouls battant 100 pulsations; écoulement abondant du liquide signalé. La nuit a été mauvaise, pleine de délire. Le blessé boit difficilement; en effet les lèvres boursoufflées sont violacées, et par la chute, plusieurs dents ont été brisées.

— 18. nuit bonne, quelques heures de sommeil, parole plus facile. Boissons et bouillons à la glace, vin de Bagnols.

— 19. Etat meilleur, l'écoulement du liquide persiste. Soif moins vive, chaleur de la peau presque ordinaire, pouls à 96 pulsations. Le malade imprime au cou des mouvements plus étendus quoique toujours douloureux. Toute la face du côté droit d'un noir violacé, et cette teinte cesse seulement vers la partie moyenne du menton.

— 20. Le mieux s'accentue de jour en jour le liquide s'écoule moins abondant, le blessé demande à manger, mais surtout à fumer. J'ordonne de le lever dans la journée.

— 21. Mon étonnement est extrême en apercevant mon blessé circulant dans la salle.

— 22. Appétit meilleur; le malade s'est levé plusieurs fois dans la journée, se plaint de douleurs légères à l'occiput. La nuit a été bonne, le sommeil long et réparateur. L'écoulement a presque disparu. Le blessé se croit presque entièrement guéri, mais il accuse des démangeaisons insupportables dans toute la région meurtrie.

— 23. Les démangeaisons ont encore augmentées. Le blessé a des envies folles de se gratter le front; augurant de faits antérieurs la cause de ces furieuse excitations, j'enlève le pansement et je mets aussitôt à découvert une fourmilière de vers qui s'étaient développés et vivaient dans les tissus en suppuration, on en découvre dans toutes les anfractuosités de la plaie, à la surface des méninges, entre elles et l'os auxquelles elles ont en certains points cessé d'adhérer. J'ai immédiatement recours aux lavages à l'eau phéniquée, l'immense plaie apparaît bourgeonnant dans toute son étendue et chaque bourgeon semble servir de domicile à plus d'une de ces larves. Après des lavages réitérés et la disparition de ces hôtes incommodes, je rapproche les tissus, je pose des drains à chaque extrémité de la plaie que je couvre à nouveau dans toute son étendue d'une grande quantité d'ouate saupoudrée de camphre en poudre fine. Le blessé, heureux, de ce pansement, reprend ses promenades journalières.

— 4 juillet. La guérison est presque complète; l'appétit est normal.

Le sujet de cette observation, que nous voyons bien souvent, n'a gardé de ce grand traumatisme qu'une longue et large balafre qui lui sillonne le front; une paralysie complète de la paupière droite, et la perte de la vue du même côté, le globe de l'œil semble intact au-dessous de la paupière tombante, mais il reste complètement insensible aux

rayons lumineux; cette observation prouve, ainsi que l'avance l'honorable professeur Tillaux que le cervau est un organe d'une extrême tolérance pour les lésions traumatiques tant qu'ils ne s'est pas développé d'encéphalo-méningite.

Dr Legoux.
Médecin de l'hopital d'Albert (Somme)

II

Péritonite simulée par la présence d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin.

Je fus appelé, le 25 avril dernier, à 3 kilomètres de ma résidence, à une heure du matin, par une femme âgée de trente-huit ans, à laquelle j'avais antérieurement donné mes soins pour une affection peu sérieuse. Le commissionnaire, garçon fort intelligent, me fait de la malade une peinture aussi exacte que possible. J'emporte les médicaments que je croyais nécessaires, sangsues, etc... j'avais diagnostiqué péritonite. A mon arrivée, je constate tous les symptômes de la maladie soupçonnée: frissons, douleurs abdominales généralisées, ballonnement du ventre, excessivement sensible à la plus légère pression, température élevée, 40°, pouls fréquent, à peine sensible, hoquet, vomissements et selles verdâtres, face grippée; sa famille est dans une angoisse mortelle. Je cherche la cause et ne puis en trouver aucune; les règles étaient passées depuis huit jours; les nuits antérieures avaient été bonnes, etc. Un moment je songe aux helminthes, il m'est répondu que la malade a pris du semen-contra il y a quelques jours seulement. Le facies est spécial aux ouvrières du pays, occupées toute la journée, chez elles, à « canner » des chaises. J'ordonne quelques granules de morphine contre les douleurs; les vomissements avaient cessé, et, dans mon incertitude, j'emmène le mari avec moi.

La situation me paraissait fort grave; je lui fais part de mes craintes qu'il ne partageait que trop; de retour je lui remets des pastilles de calomel à 0 gr. 05, j'en fais donner dix en une heure, soit enre deux et trois heures du matin. Vers huit heures, j'avais hâte de revoir ma malade pour savoir ce qu'elle était devenue. On me présente un paquet d'ascarides lombricoïdes rendus dans deux selles. J'en compte quarante-huit! La malade était guérie, au grand étonnement de tous ceux qui avaient pu la voir la nuit, et à la grande joie du jeune débutant.

Trop heureux du résultat obtenu, je conseille pendant quelques jours encore, l'usage des pastilles de calomel et en huit jours ma malade rend le chiffre respectable de quatre-vingt-dix-neuf vers. Depuis elle se porte à merveille, mais je la vois à peu près régulièrement chaque mois venir chercher ses pastilles. Dr Delavaux

---

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Le défaut d'espace ne nous permet pas de donner aujourd'hui d'excellents commentaires sur les statuts des syndicats, dus à la plume de notre confrère le Dr Cauchy, très autorisé en cette matière.

Ce sera pour un des prochains numéros.

I

DES RAPPORTS RÉCIPROQUES DES MEMBRES D'UN MÊME SYNDICAT.

Monsieur le Directeur.

Je commence par vous avouer que je suis partisan des syndicats médicaux et que j'ai adhéré, en principe, aux statuts proposés et dans le but de la défense de nos intérêts professionnels et, j'ajouterai de la dignité même du corps médical — qui en est un des meilleurs résultats. — Je ne viens pas ici vous faire d'objections de mauvais aloi; mais, je parle en qualité de membre fondateur de notre *Concours*; et surtout, à cause de la sollicitude avec laquelle on doit examiner tout ce qui se peut rattacher au développement de notre cause commune.

Je ne sais si nous parviendrons à réunir dans nos Ardennes une société suffisante de membres pour fonder un syndicat. Cependant j'y travaille, et quelques-uns de nos confrères du département, ceux exclusivement qui habitent dans les petites villes viennent me dire: nous qui sommes établis depuis peu dans notre localité, et qui sommes obligés de vivre autant que les plus anciens, pouvons-nous nous résoudre à signer notre arrêt de mort en souscrivant au statut du syndicat qui exige que nous n'allions jamais voir un client, lequel veut quitter son médecin après une longue maladie ou dans le cours même de cette affection, ce malade, quoique bien à tort nous le reconnaissons, en a assez de son médecin, qu'il ne veut plus voir, parce qu'il boîte après une fracture à la cuisse, ou à la suite d'une ankylose développée dans tel ou tel cas irrémédiable, etc., etc. Un jeune médecin est appelé, il inspire la confiance au malade inintelligent ou ignorant, et il ne peut y retourner, sauf en consultation avec le médecin traitant, mais que le malade ne veut plus voir, par suite de ses préjugés ou de son mauvais vouloir. Il s'est présenté des cas où le médecin traitant n'a jamais voulu recevoir de confrère en consultation chez aucun malade; et cela depuis dix ans que le plus jeune médecin est fixé dans la même ville, que doit-on faire en pareille circonstance?

Le nouveau médecin appelé tout récemment, scrupuleux observateur des statuts du syndicat, dont il est membre, ne retournera pas chez le malade cancéreux ou goutteux et un troisième confrère de la même ville, qui peut-être n'aura pas adhéré aux statuts, y courra immédiatement.

De plus, me disait un confrère jeune et récemment fixé dans une autre petite ville, nous qui arrivons, nous n'aurions pas un malade aisé à soigner avant dix ou quinze ans de domicile constant. Nos confrères plus anciens ou plus heureux trouveront toujours mauvais que nous donnions des soins à leur place ou à leur suite, bien entendu après que les malades eux-mêmes nous auront appelés à leur succéder.

Et ces mêmes confrères, qui jouissent déjà d'assez grands avantages provenant de leur clientèle et aussi de quelques emplois administratifs, ne demanderont qu'une chose, de laquelle ils n'iront jamais se plaindre, c'est que nous servions ceux qui ne prennent pas l'habitude de payer les honoraires médicaux.

En somme, les jeunes médecins seraient condamnés à mourir de faim, et les plus anciens recueilleraient tous les avantages. Il y a là quelque chose à modifier assurément, en supposant même que tous les médecins d'une même ville fussent adhérents au principe du syndicat.

Voilà, cher monsieur et confrère, ce que j'avais promis de vous soumettre, afin que vous pussiez faire observer s'il n'y aurait pas moyen de concilier les deux intérêts en présence. Quant à moi, partisan déclaré que je suis des syndicats, j'ai l'honneur de vous adresser mes bons sentiments de confraternité. Dr T.

Le 19 décembre 1881.

Chaque syndicat édicte des règles de déontologie en termes généraux. Il ne doit y avoir, à notre avis, aucune prescription minutieuse prévoyant les cas particuliers.

Ce sont des interprétations dont chaque adhérent est bon juge dès l'instant qu'il s'impose ce principe qui, nous l'avons dit, pourra régler les rapports des médecins avec leurs clients et qui répond aux appréhensions qu'exprime votre intéressante lettre :

Qu'on soit jeune ou vieux praticien, on ne doit pas s'offrir et on ne peut pas s'imposer.

II

Mon cher confrère,

Une réunion provoquée par l'association générale de France (vote sur le projet du Dr Surmay), va me permettre d'attirer d'une façon plus complète, l'attention de mes confrères sur la formation d'un syndicat.

A ne vous rien céler, une malheureuse lettre du président de l'association est venu jeter une douche froide sur le zèle, déjà bien difficile à échauffer, de nos confrères.

Je ne m'étais pas habitué à considérer ainsi l'Association générale et l'idée de nos syndicats.

L'association, à mon avis, dans son but noble et charitable, avec sa façon, presque académique, de traiter les grandes questions qui nous intéressent, ne peut et ne doit s'arrêter aux petites tracasseries, de la profession et de chaque localité. Elle doit planer bien au-dessus de toutes ces misères isolées, et ce n'est qu'à cette condition qu'elle conservera toute son autorité et restera ce qu'elle est.

Je suis bien persuadé, mon cher confrère, que votre but n'est pas de rivaliser avec la grande sœur. Vous voulez, avec la collaboration de tous, recueillir, discuter tous les petits faits journaliers; les réunir, les colliger préparer, par des séries d'observations, une opinion montrant qu'à un moment, les besoins généraux exigent de s'occuper de telle question; à un autre moment de s'occuper de telle autre, faisant connaître que, de l'avis du plus grand nombre, la solution de la question doit être cherchée dans cette direction ou dans cette autre. — Forcément alors ces questions s'imposeraient aux assemblées générales de l'association de France.

Dans sa lettre, le Président blâme encore le nom de *syndicat* : qu'importe le nom si la chose peut exister. Ce qui est nécessaire, c'est une entente plus complète pour la défense d'intérêts de même nature; c'est une union plus intime entre confrères voisins, chacun mettant du sien, et acceptant certaines règles de confraternité qui éviteront, autant que faire se peut, ces coups d'épingles, ces misères de confrères à confrères, indignes de nous tous et nuisant à chacun. — Soit donc! pas de *syndicats*, si on veut; mais, réunion, association, commission, tout ce qu'il vous plaira : le nom ne fait rien à la chose. — Si la loi des syndicats passe au sénat, nous en tirerons certainement des avantages; nous en prendrons peut-être le titre et dès lors tout sera dit. — Mais, d'ici là, un mouvement qu'on ne peut nier, nous pousse à nous défendre; nous commençons à nous entendre : devons-nous nous arrêter? Non, marchons en avant, continuons nos travaux; et cela sans hypocrisie et sans honte : nos revendications sont justes, nos misères sont grandes ; mais *ni des unes ni des autres nous n'avons à rougir*.

Soyez et soyons les progressites dans notre profession, soit! faisons les premières escarmouches et de temps à autre, secouons un peu la torpeur du sénat trop conservateur qu'on nomme *association générale de France*. Il la puissance acquise par la noblesse du but, la prospérité et le temps. Le *Concours* a, pour le soutenir, tous les jeunes et tous ceux qui souffrent de l'état de choses actuelles : ils sont nombreux!

Excusez cette longue lettre, mon cher confrère et agréez pour vous et vos collaborateurs, l'assurance de mes meilleures sympathies. Dr G. BÉRANGER.

Niort, 15 décembre 1881.

NOUVELLES

Le Doyen des praticiens de l'Aveyron, M. le Docteur Vialet, de Rodez, auteur de plusieurs publications sur l'organisation hospitalière vient d'adresser à la chambre des députés, une pétition fortement motivée, pour réclamer :

1° Une *Direction générale* de l'Assistance publique confiée à un médecin, pourvu des mêmes pouvoirs que tous les directeurs généraux.

2° La nomination d'une *commission* de douze médecins, qui, sous la présidence du *directeur général* étudierait les modifications à introduire dans les lois et règlements qui régissent la profession médicale civile et militaire ; les établissements hospitaliers, les Bureaux de bienfaisance etc.,

3° Un *médecin directeur* par département, duquel ressortiraient toutes les affaires médicales du département.

Nous nous associons bien volontiers aux vœux exprimés par votre très honorable confrère et souhaitons que la presse médicale fasse le même accueil à cette pétition.

On parle souvent de récompenser les médecins, de dédommager les veuves et enfants de ceux qui succombent au chevet de leurs malades, ne serait-il pas logique de confier aux *médecins* les situations administratives qu'ils peuvent remplir eux seuls. Il est assez original, en effet, de voir d'anciens *chefs de bureaux*, des *quincaillers en retraite, inspecter les enfants-assistés*, avec des traitements de 3.500 fr. à 5.500 fr. tous nos lecteurs connaissent des faits aussi remarquables. Quand nous serons unis, nous pourrons réclamer les *fonctions médicales pour les médecins*.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

21 Janvier 1882 — 4me Année. — No 3

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Balzer*, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, a lu à l'Académie un mémoire intitulé: *Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses; parasitisme du xanthélasma et de l'ictère grave*.

La dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses n'a pas encore été expliquée d'une manière satisfaisante par les auteurs. On désigne sous ce nom des altérations qui devraient être appelées autrement et qui demandent des constatations nouvelles. C'est ainsi que l'auteur a reconnu que les granulations que l'on trouve dans les cellules du tissu conjonctif, dans le xanthélasma, ne présentent pas la réaction caractéristique de la graisse. Elles résistent à l'alcool, à l'éther, même à chaud, aux essences, à l'acide osmique, etc. M. Balzer a été amené à conclure que ces granulations doivent être des microbes; ce sont des micrococcus arrondis ou un peu allongés, qui s'accumulent dans le protaplasma des cellules du tissu conjonctif, et qui se colorent très nettement par le violet de méthylaniline.

En se basant sur les formes infectieuses que revêt la maladie dans certains cas, il devient évident qu'il s'agit de parasites, de microbes. On s'explique, dès lors, comment les colonies parasitaires, limitées dans certains points du corps, au niveau des paupières par exemple, peuvent, à un moment donné, se diffuser dans toute l'économie. Le xanthélasma devient alors une maladie grave, infectieuse, avec lésions viscérales étendues, comparable à la lèpre, à la tuberculose, à la syphilis, ainsi que le prouvent plusieurs observations publiées dans ces derniers temps.

Des recherches ont été entreprises dans le même sens pour l'ictère grave. Chez un homme qui a succombé à cette maladie, dans le service de M. Fournier, l'examen histologique a montré que les granulations graisseuses, décrites par les auteurs dans les cellules du foie, résistent à tous les dissolvants de la graisse. Elles persistent indéfiniment et sans aucune modification. Elles se colorent nettement par le violet de méthylaniline. A de forts grossissements, on reconnaît dans la cellule des micrococcus et de petits bâtonnets. Ces microbes ont été trouvés également dans le foie, dans le rein et sur les coupes de la peau. Ces constatations sont confirmatives de l'idée universellement adoptée que l'ictère grave est une maladie infectieuse. Mais M. Balzer tient cependant à faire remarquer, en ce qui concerne l'ictère grave, que ses recherches n'ont qu'une valeur relative, l'examen histologique ayant été fait vingt-quatre heures après la mort. Elles n'établissent qu'une indication qui a besoin d'être confirmée par de nouvelles recherches.

Nous détachons d'une circulaire de M. P. Bert, relative à l'Agrégation des Facultés de médecine, les passages suivants sur lesquels le Ministre de l'Instruction publique provoque une sorte d'enquête:

« 1° Les épreuves préparatoires pourraient-elles être ramenées (l'appréciation des titres

antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions, et quelles devaient être ces compositions?

« Si ces compositions paraissaient être suffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque Académie; il serait facile de les imprimer, comme cela se pratique pour l'Agrégation de Droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives.

« 2° Quelle est la valeur de la thèse dans le Concours d'Agrégation? Doit-elle être maintenue, modifiée ou supprimée? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve? Dans ce cas, quelle serait cette épreuve?

« 3° L'argumentation doit-elle être maintenue?

« 4° Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves?

« Il ne s'agit d'aucune manière de rétablir les Agrégations locales, mais de favoriser le recrutement du Corps de l'Agrégation, en faisant disparaître, dans la mesure du possible, les obstacles qui empêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire; il s'agit surtout d'élever le niveau du Concours, en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées. »

Nos lecteurs n'ont pas oublié (1) la discussion à laquelle nous nous sommes livré ici même, l'année dernière, au sujet de la création de *services spéciaux d'accouchements* dans les hôpitaux de Paris dirigés par des *médecins-accoucheurs des hôpitaux*. Le Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique ayant accepté cette réforme, si désirable à tous les points de vue, la Commission chargée d'élaborer le programme des épreuves à faire subir aux futurs médecins-accoucheurs, a adopté les dispositions suivantes :

A. *Epreuves éliminatoires*. — Elles sont au nombre de quatre : 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Il est accordé trois heures pour la rédaction de cette épreuve. — 2° Une épreuve clinique sur une femme enceinte, ou en travail, ou récemment accouchée, de 15 minutes de durée, après un examen de 10 minutes et 5 minutes de réflexion. — 2o Une leçon théorique sur un sujet d'accouchement, de 20 minutes de durée, après 20 minutes de préparation. — 4° Une épreuve de médecine opératoire identique à celle qui est imposée aux chirurgiens.

B. *Epreuves définitives*. — Elles sont au nombre de deux : 1° Une consultation écrite sur une femme enceinte atteinte d'une affection chirurgicale ou sur un enfant nouveau-né. Chaque candidat aura 10 minutes pour l'examen et 45 minutes pour la rédaction. — 2° Une épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées. Il est accordé, à chaque candidat, 20 minutes dont il pourra disposer à son gré pour l'examen de ces deux malades, et 30 minutes pour la dissertation.

Le jury est composé de la façon suivante : 2 médecins des hôpitaux, 2 chirurgiens des hôpitaux, 3 accoucheurs ou chirurgiens ayant dirigé dans les hôpitaux un service spécial d'accouchement.

Le 27 mars prochain serait la date fixée pour l'ouverture de ce concours.

Il nous est bien permis de nous demander pourquoi les épreuves éliminatoires contiennent une épreuve de médecine opératoire identique à celle qui est imposée aux chirurgiens, puisque l'on désire que les médecins-accoucheurs se cantonnent dans leur spécialité, déjà bien assez vaste d'ailleurs, et n'empiètent pas sur le droit des chirurgiens? C'était du moins l'opinion que nous avions soutenue et qui paraissait réunir la grande majorité des médecins. En étendant ainsi les limites du programme, il nous semble qu'on engage les médecins, qui devront remplir ce même programme, à étendre aussi leurs attributions. Il eût été plus sage, croyons-nous, de s'en tenir à l'obstétrique et à la gynécologie.

Dr J. Geoffroy.

(1) V. *Conc. méd.* 1881, nos 5, 7 et 28.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL TENON.

(Service de M. le Dr Lucas — Championnière)

Des opérations applicables aux loupes du cuir chevelu.

Si on parcourt les livres de pathologie, les traités de médecine opératoire, les revues cliniques, on les trouve très pauvres en ce qui concerne les opérations applicables aux loupes ou

kystes sébacés du cuir chevelu. Point de détails sur les manœuvres opératoires, dont elles sont justiciables; partout on constate une certaine répugnance à en conseiller la cure radicale. Pour quelques auteurs, ce sont presque des « noli me tangere. »

Il y a lieu de revenir sur ce point très important de la pratique, et on peut rendre de grands services en s'occupant minutieusement de cette lésion. La loupe constitue une infirmité fort désagréable; par son volume ou par son nombre, elle peut former des masses réellement difformes. Puis elle n'est pas aussi indolente que beaucoup de chirurgiens qui répugnent à les opérer veulent bien le dire. Elles sont douloureuses de diverses façons. Elles constituent un obstacle au nettoiement quotidien. On voit des surfaces eczémateuses se former au voisinage de la loupe. Enfin la loupe peut s'ouvrir : dès lors, la suppuration s'établit, laisse une fistule interminable, et dans des cas qui ne sont pas rares, on voit naître autour de ces fistules ces érysipèles du cuir chevelu, dont on redoute avec juste raison l'apparition à la suite des opérations.

Les loupes du cuir chevelu sont bien des tumeurs à opérer, et l'on ne peut pas, à proprement parler, considérer ces opérations comme des opérations de complaisance; elles sont de nécessité. Mais quel procédé employer?

M. Championnière estime que, même avant la sécurité que donnent les moyens de la chirurgie moderne, l'emploi de l'instrument tranchant était bien tentant.

L'instrument tranchant est peut-être ce qui fut le plus anciennement préconisé. Il est d'un emploi facile, et s'il n'avait engendré aussi souvent des complications d'érysipèle, il aurait été très généralisé.

Des charlatans ont enlevé les loupes avec des caustiques ; puis des médecins ont adopté ce procédé en défendant ses avantages et en oubliant trop facilement les inconvénients.

L'opération avec le caustique serait facile, non douloureuse, rapide, exempte de complications.

La plus simple est l'application d'une traînée de caustique de Vienne. Amussat conseillait d'appointer un bâton de caustique Filhos (potasse caustique et chaux vive) et de le faire pénétrer dans la poche par des mouvements de rotation. On a conseillé aussi l'emploi d'une allumette pointue, trempée dans l'acide nitrique, et, qu'à plusieurs reprises, on appliquait sur la surface de la tumeur.

Or, on peut dire de toutes ces applications, qu'elles sont souvent très douloureuses; les applications peu étendues échouent quelquefois ; le résultat, c'est-à-dire la chute du kyste d'abord, puis la cicatrisatrison sont lentes à obtenir. M. Championnière a souvent vu un bourgeon charnu contre lequel le peigne se heurtait douloureusement longtemps après l'opération.

Enfin le caustique ne met pas à l'abri de l'érysipèle. Le fait est affirmé formellement dans la *Médecine opératoire* de Sedillot, et il n'est probablement guère de chirurgiens qui n'en ait vu des cas. M. Championnière en a connu plusieurs, il y a peu de temps encore celui d'un monsieur auquel on avait déconseillé l'opération au bistouri, qui fut opéré par la pâte de Vienne pour une loupe de très médiocre volume et faillit mourir d'un érysipèle.

Aussi des chirurgiens, très enclins au caustique pour d'autres cas, ont conservé l'opération par le bistouri pour celui-ci.

M. Maisonneuve, par exemple, conseille l'incision sur la tumeur et la dissection du kyste avec des ciseaux.

Jobert opérait les loupes par l'opération qui paraît la plus simple et à laquelle ne manquait que la sécurité. M. Championnière a vu l'érysipèle chez des opérés de Jobert. Il consiste à fendre d'un seul coup de bistouri toute la tumeur, peau et kyste, à saisir le kyste avec une pince et à l'enlever d'un seul coup. Il appelait cela l'embrochement.

Arrivé à cette conviction que l'érysipèle ni l'infection purulente ne sont à redouter avec le pansement de Lister, M. Championnière a fait de l'opération de Jobert la base de sa pratique, et l'a appliquée déjà un grand nombre de fois. Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, mais à une condition toutefois, c'est qu'on prendra une série de précautions minutieuses pour en assurer la perfection.

Il faut d'abord opérer avec sécurité, puis il faut atteindre la perfection du résultat opératoire, deux choses impossibles avec les vieilles opérations.

S'il s'agit d'un homme, et si les tumeurs sont de médiocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la lave avec l'eau de Panama (Quilaya saponaria), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base et on la fend d'un seul coup de bistouri, avec deux pinces à griffe ou une pince à dissection, et une pince à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi; quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisent à faire l'énucléation.

Autrefois M. Championnière s'est contenté de ce procédé opératoire, et opéra en 1876, à l'hôpital de Lariboisière, un homme auquel il enleva treize loupes en deux séances. L'embrochement terminé, on lava la plaie avec l'eau phéniquée forte, puis on appliqua du protective sur chaque plaie linéaire, de la gaze phéniquée par dessus, et le malade guérit très vite. Toutes les autres précautions de la méthode de Lister étaient observées.

Mais pour peu que la loupe ait un certain volume, toute la longueur de l'incision donne une croûte épaisse; la réunion n'est pas exacte. Il s'accumule souvent un peu de sérosité sous la peau de la poche restante. Aussi, depuis lontemps, il applique aux opérations de loupes toutes les habitudes de la méthode de Lister, la suture et le drainage. Après ablation des loupes moyennes, il place deux points de suture; il glisse dans la cavité opératoire un très petit tube de caoutchouc ou un fragment de protective qui sert très bien de drain. Si la cavité traumatique est volumineuse, il met un bon tube à drainage et multiplie les su-

tures suivant les besoins. Après ablation d'une de ces tumeurs très volumineuses, il mit jusqu'à sept points de suture. Le tube à drainage et les points de suture doivent être enlevés le plus rapidement possible, au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus tard. En laissant plus longtemps ces pièces, il a eu une durée plus grande de la réparation. Il a fait la suture avec du fil d'argent, du crin de Florence, du catgut. Il recommande d'éviter le fil d'argent douloureux à retirer et coupant trop vite les tissus. Le catgut est un bon moyen, mais il faut le couper sans attendre sa dissociation trop tardive; les tissus ont besoin d'être relâchés dans les quarante-huit heures, surtout les téguments du crâne. Là, comme en tout endroit, le crin de Florence (crin des pêcheurs) lui paraît le meilleur agent de suture.

Tout récemment il eut ocasion d'appliquer ces préceptes chez trois femmes qui se sont trouvées simultanément dans la salle Richard-Wallace.

La première portait une seule loupe occupant la ligne médiane: ici l'opération était simple. Sans que la malade fût endormie, la tumeur a été traversée d'un coup de bistouri et énucléée. Points de suture. La guérison a été très rapide.

Les deux autres malades présentaient des conditions beaucoup plus complexes. Une femme de soixante ans, au n° 15 de la salle Richard-Wallace, présentait sept loupes: trois très volumineuses, deux de médiocre volume et trois petites. La plus volumineuse datant de plus de vingt ans, située à la partie postérieure latérale droite de la tête, avait le volume d'une orange; deux autres accolées en avant au sommet de la tête avaient le volume d'un gros œuf. Autour et même sur les tumeurs existaient des cheveux abondants.

Le 7 juin, la malade étant chloroformisée, la plus grosse tumeur est circonscrite par une grande incision, de façon à exciser toute la peau exubérante. En un point, la tumeur est très amincie; une incision faite pour rendre l'énucléation plus facile donne issue à une grande quantité de liquide séreux mêlé de matière sébacée. La tumeur est assez difficile à détacher du crâne en arrière, Deux des autres tumeurs sont encore enlevées avec excision d'une portion de téguments.

Deux autres sont encore enlevées par transfixion, sans excision de peau. Cela fait, les surfaces traumatiques dénudées forment une telle étendue, que M. Lucas-Championnière juge prudent de remettre à une autre séance l'ablation des dernières tumeurs. La plaie de la plus grosse est réunie par cinq points de suture avec gros drain; les deux suivantes reçoivent deux et trois points de suture et un drain, les deux dernières un point de suture et pas de drain. Lavage phéniqué fort abondant, pansement de Lister très large.

Le 8, pansement, ablation de la moitié des points de suture, raccourcissement des drains. Le 9, ablation de tout drain et point de suture. Le 16, la cicatrisation est complète.

Le 22 sans anesthésie, les deux tumeurs restantes sont enlevées, deux points de suture sur chaque tumeur.

Sortie le 4 juillet, la guérison est complète depuis plusieurs jours.

Au n° 3, une femme de soixante-dix ans a présenté la répétition des mêmes phénomènes. Elle ne portait que deux loupes, mais l'une avait le volume d'une grosse orange et était ouverte. Elle entre le 15 juin et est opérée le 17 avec anesthésie. Ablation de la plus grosse tumeur à peu près comme dans le cas précédent. Sept points de suture et drain. Pour la petite tumeur, pas de points de suture. Pansement le surlendemain. Le 24, ablation du drain et des sept points de suture. Sortie le 1er juillet, après guérison complète,

Ces deux dernières malades étaient fort intéressantes à cause du volume énorme des tumeurs et de quelques circonstances qui permettent bien d'établir des règles opératoires.

Lors de l'ablation des grosses loupes, l'extirpation de la poche est parfois très difficile, et il serait bon d'être muni de pinces larges et plates. Quand les loupes sont très grosses, il est sage de réséquer une partie de la peau, mais non pas toute la peau qu'il semblerait nécessaire de supprimer. La peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Dans ces deux cas, les cheveux abondants furent bien conservés; mais il faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué, à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots de sang incrustés dans la chevelure, à mettre un pansement aussi large que possible en enveloppant le cuir chevelu tout entier.

Il paraît téméraire de mettre les points de suture, et cependant ils jouent un rôle excellent pour la rapidité de la guérison.

L'anesthésie est nécessaire, surtout quand les tumeurs sont anciennes; dans ces cas, l'énucléation est quelquefois laborieuse.

Faire couler la matière sébacée dans le tissu cellulaire n'a pas d'inconvénients si la plaie est ensuite bien lavée. La division préalable des tumeurs en deux rend l'opération rapide et facile.

Les opérations précédentes ont été faites avec le pansement de Lister complet, dans une salle encombrée de brancards, et où plusieurs érysipèles se sont montrés chez des femmes atteintes de lésions insignifiantes et non couvertes du pansement de Lister.

Ces détails sont intéressants à connaître en ce qu'ils donnent une marche à suivre pour l'application rigoureuse ou modifiée du pansement pour une opération dont la nécessité peut se présenter chaque jour, et que le chirurgien doit aujourd'hui pratiquer partout sans danger.

(*Journal de méd. et de chir. partiques.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

COMMISSION DE RÉVISION

DE LA

LÉGISLATION MÉDICALE

—

EXTRAIT

Du Procès-Verbal de la quatrième Seance.

La commission de révision de la législation s'est réunie pour la quatrième fois le mercredi 14 janvier 1882, à 4 heures.

Etaient présents MM. les docteurs

Bibard, Landur, Monin, } *Membres de la commission.*

Chevandier, } *Membre de la Chambre des députés.*

Cézilly, *président.*

Geoffroy, *secrétaire.*

Laburthe, Cadier, Aubeau, Ribard, Martin, } *Membres du Concours médical.*

MM. les docteurs *Decool*, *Margueritte* et *Gassot* se font excuser de ne pouvoir assister à la séance; communication leur sera donnée du procès-verbal.

Après la lecture du procès-verbal qui est adopté sans discussion, *M. le Président* donne lecture d'une longue lettre dans laquelle M. le Dr *Decool* présente ses observations sur les sujets qui ont été discutés dans la dernière séance et sur ceux qui sont à l'ordre du jour de la présente séance. Sa lettre sera annexée au procès-verbal.

Après avoir examiné et discuté les différents sujets inscrits à son ordre du jour, la *Commission* procède à la nomination d'un rapporteur pour les questions dont la discussion est actuellement terminée (*Exercice de la médecine. — Exercice illégal. — Médecins étrangers*). M. le Dr *Geoffroy*, secrétaire de la commission, est nommé *rapporteur.*

La date de la prochaine séance sera fixée ultérieurement et annoncée à l'avance dans le journal.

Ordre du jour de la cinquième séance.

PATENTE MÉDICALE.

PRESCRIPTION DES HONORAIRES MÉDICAUX.

RÉVISION DU TARIF DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Le secrétaire,

Geoffroy.

II

MÉDECINE CANTONALE

NEUVIÈME LETTRE *(suite)*

Voici, au reste, les renseignements que nous avons pu recueillir et qui varient suivant les départements :

Aisne. — Les communes s'imposent de 0 fr. 10 par habitant et allouent au médecin 1 fr. par indigent inscrit. Le Dr Guipon a proposé d'asseoir l'impôt sur les revenus communaux, d'après le nombre des indigents. Les communes ayant 100,000 fr. de revenus, auraient payé 5 fr. par indigent; celles ayant moins de 300 fr. de revenus auraient payé 1 fr. par indigent. Les autres communes auraient payé une somme intermédiaire calculée suivant leurs revenus. — L'écart entre les chiffres d'abonnement est trop considérable; les petites communes seraient comparativement trop chargées.

Hautes-Alpes. — Le médecin reçoit 0 fr. 10 par habitant, et ses honoraires ne peuvent être inférieurs à 250 fr., ni supérieurs à 600 fr. — Pourquoi? Le département alloue quatre mille francs.

Alpes-Maritimes. — Ressource communale : 0 fr. 10 par habitant.

Ardennes. — Traitement fixe 200 fr., plus une indemnité annuelle proportionnée au nombre des indigents. Le département alloue 3,500 fr.

Ariège. — Certaines communes ont adopté le système des bons à prix réduit et votent 1 fr. 50 par indigent inscrit. Les médecins reçoivent 0 fr. 50 par visite, et, lorsqu'ils se déplacent, 0 fr. 50 en plus par kilomètre (aller et retour compris). — Les maximums de l'indemnité pour un déplacement de plus de cinq kilomètres est de 2 fr. 50. — Les malades ont le libre choix du médecin. — Le département alloue 3000 fr.

Aveyron. — Traitement du médecin variant de 200 fr. à 250 fr. et *pouvant être remplacé par une médaille.* Les communes prélèvent pour le service 3 fr. par 1000 fr. de leurs revenus. — Le département alloue 11,000 fr.

Cher. — Indemnité 200 fr., plus des gratifications aux médecins les plus dévoués. — « Je ne suis pas médecin cantonal, un vieux confrère chargé du service ne *s'en occupe pas.* » (Réponse au questionnaire envoyé par le *Concours*). — Le département alloue 10,200 fr.

Doubs.— Indemnité variant de 250 à 300 fr. Les communes prélèvent pour le service 6 francs par 1000 fr. de leurs revenus.

Hérault. — Les communes s'imposent de 0 fr. 08 par habitant et donnent au médecin 100 fr. par an. — Le département alloue 5000 fr.

Isère. — Ressources communales : 0 fr. 05 par habitant. Les médecins reçoivent une allocation calculée d'après le chiffre de la population, les difficultés du parcours, et le chiffre des ressources. Tenir compte des difficultés des parcours serait une excellente mesure si l'indemnité était suffisante. — Un confrère écrit dans le questionnaire que la médecine gratuite, la vaccine, l'inspection des enfants assistés lui procurent 600 fr. — « La médecine gratuite est organisée dans l'Isère au point de vue politique ; on nomme les agents électoraux. » (Réponse au questionnaire.)

Loire. — « Je reçois 250 fr. pour 750 indigents.» (Réponse au questionnaire.) Le département alloue 11.000 fr.

Loire-Inférieure. — Le service qui se soldait en déficit depuis 1866, fut supprimé en 1870. Le département devait 29.332 fr. 69. — Un confrère de mes voisins avait une circonscription pouvant compter 4000 habitants et recevait 100 fr. pour ses visites et 20 à 30 fr. pour les médicaments qu'il donnait aux indigents. Aujourd'hui, quelques communes donnent au médecin une indemnité variant de 30 à 60 francs. Il n'y a pas de listes d'indigents.

Loiret. — Nous devons à M. le Docteur Gassot, (de Chevilly) dont les lecteurs du *Concours* connaissent tout le dévouement, quelques renseignements intéressants. « J'ai, nous écrit-il, dans ma circonscription six communes, dont deux à 5 kilomètres, et 3 à 7 kilomètres, qui représentent une population indigente de 320 têtes environ : je reçois 250 fr. » Voici quelques chiffres qu'il nous a procurés.

	Visites	Consultations	Traitement des médecins
1876	7.439	3.316	13.694 fr. 54
1877	5.850	4.388	14.200 fr. 46
1878	7.638	4.391	13.712 fr. 97
1879	6.574	3.764	13.741 fr. 97
1880	6.956	3.621	13.553 fr, 07

Dans ce département, les listes d'indigents sont nominatives et le médecin fait partie de la commission qui les compose. Les enfants assistés du département figurent de droit sur les listes. « On arrive au chiffre de 0 fr. 75 alloués au médecin par an, « et par indigent. » Dr X. *in Concours* 2e année p. 575. — « Je reçois par an 350 fr. pour le service gratuit de onze communes. » (in question.) — M. Rouillet, médecin de Sully (Loiret), raconte que M. Dubessey, alors préfet, faisant appel au bon vouloir des médecins, imagina de partager entre 62 médecins cantonaux de son département la somme 9.681 fr. ce qui donnait à chacun d'eux un traitement annuel de 156 fr. 41, « sur lequel, sans doute, on faisait une retenue pour leur constituer une pension de retraite. » M. Roullet qui a une circonscription comprenant six communes distantes en moyenne de 10 kilomètres, affirme que la médecine cantonale lui cause, chaque année, un déplacement de 1.600 kilomètres, (à peu près la distance de Paris à Saint-Pétersbourg), sans compter le chiffre énorme de kilomètres qu'il parcourt pour aller visiter les enfants trouvés, les vieillards etc. etc. d'où il ressort qu'il reçoit un peu moins de de 10 centimes par kilomètre. Où rencontre-t-on, dit d'Heulard d'Argy, ailleurs que dans le corps médical, des exemples d'une pareille..... abnégation ! — Le temps n'a guère amené d'amélioration à la situation faite au médecin dans le Loiret.

Meurthe-et-Moselle. — Ressources communales: 0 fr. 30 par indigent inscrit. Les honoraires du médecin se composent d'un traitement fixe et d'indemnités relatives à la surveillance des enfants assistés et à la vaccine. Le traitement fixe est établi d'après le nombre des communes, les distances parcourues, les difficultés du parcours. « Je reçois 550 francs par an pour 17 communes et 728 indigents » (in questionnaire).

Nièvre, — M. le Dr Mignot, de Pougues, proposait en 1865 de faire payer aux communes une somme annuelle de 2 francs par indigent inscrit. Pour les déplacements, l'indemnité eût été de 0 f. 25 par kilomètre sans que jamais elle pût être supérieure à 4 fr. (pourquoi?) par tête d'indigent. Il résulte des calculs de notre confrère, qu'avec son projet, 25000 fr. seraient exclusivement affectés aux soins médicaux et partagés entre 250 à 300 médecins, ce qui donnerait en moyenne à chacun d'eux 250 à 300 fr. « Avec ce chiffre, ne ferions-nous pas encore une charité suffisante ». Mais, mon cher confrère, le médecin doit être charitable comme tout le monde, et non pour tout le monde. — Ajoutons que les accouchements étaient payés à raison de 5 fr., plus 0 fr. 50 pour chaque kilomètre (aller seul compris) de déplacement, ce qui établissait une moyenne de 7 fr. par accouchement.

Actuellement le service ne fonctionne qu'à grand' peine dans 315 communes. « La médecine cantonale est organisée, mais c'est la politique qui la dirige » (in questionnaire).

Un médecin nous écrit qu'il reçoit 600 fr. pour les indigents et 600 fr. pour les enfants assistés de 3 communes. Le département alloue 2000 fr.

Les médecins de la Nièvre réclament pour les malades la liberté d'appeler le médecin de leur choix.

Haute-Saône. — Ici, deux sortes de rétribution.

1° Abonnement. Chaque commune fournit un contingent minimum de 0 f. 08 par habitant. L'indemnité du médecin est égale au montant des contingents communaux de sa circonscription. Le médecin est nommé par le Préfet sur la proposition du maire.

2° Bons à prix réduits. Les communes votent 2 fr. par tête d'indigent inscrit. La visite est fixée 0 fr. 50 ; chaque déplacement est payé 0 fr. 50 par kilomètre (aller et retour compris), mais un déplacement de plus de cinq kilomètres ne donne droit qu'à une indemnité de cinq bons (2 fr. 50). Les consultations au domicile du médecin sont gratuites. Les malades ont le libre choix de leur médecin. Le département alloue 9,000 fr.

(Le *Concours* a publié en 1881, p. 435, un article du Dr Poulet où sont exposés les deux systèmes. Nous y renvoyons le lecteur qui y trouvera tous les détails et les justes critiques de cette organisation).

Certaines communes n'inscrivent sur la liste des indigents que le nom du père de famille. Tant pis pour le médecin, si la mère ou les enfants sont malades, car on saurait répondre à sa demande d'honoraires que le chef de famille est inscrit sur la liste des indigents.

La commune de X... comptant 300 habitants est située à 10 kilomètres du médecin; 28 indigents inscrits possèdent 43 enfants, total : 71 indigents, qui peuvent requérir à toute heure de jour ou de nuit la visite du médecin. Celui-ci est dédommagé par un mandat annuel de 22 fr. 40. Naturellement il faut aussi pratiquer la vaccine sans nouveaux honoraires (Dr Degoix, à Pesmes, première année, *Concours*, p. 312).

Deux-Sèvres.— Ressources communales : 0,90 par indigent inscrit. L'indemnité annuelle des médecins est proportionnée aux déplacements et fixée sur la proposition de l'inspecteur des établissements de bienfaisance. Un médecin chargé de la médecine gratuite et des vaccinations a touché 300 fr. (*in* questionnaire). Le département alloue 10,000 fr.

Sarthe.— Les médecins de ce département ont adopté, en 1872, le service gratuit d'après le système des circonscriptions. Nous ignorons si cette organisation fonctionne, mais nous devons signaler deux heureuses modifications réclamées par nos confrères, c'est l'admission du médecin dans la commission qui dresse la liste des indigents, et, ce qui n'existe pas ailleurs, le droit pour le médecin à une allocation de 0 fr. 75 par kilomètre de parcours pour les visites faites aux enfants assistés. Le département alloue 16,150 fr.

Somme.— Les médecins reçoivent 3 francs par an et par famille. Quand les familles sont peu nombreuses, on constitue un groupe de familles, de manière à réunir dix membres environ qu'il faut soigner, quelle que soit la distance, pour 3 francs par an. « Je fais une moyenne annuelle de 4000 kilomètres (aller et retour) et je touche à peine 200 fr.» (*in* questionnaire).

Un document que nous avons sous les yeux nous informe que, dans une partie du département au moins, le service est *fait gratuitement par les médecins*. —

Tarn.— Les communes votent 0 fr. 05 par habitant. Le département alloue 7.000 fr.

Tarn-et-Garonne.— « Il est alloué 300 fr. au médecin de chaque circonscription qui compte en moyenne un périmètre de 40 kilomètres, en ne calculant les distances que de clocher à clocher, et en négligeant les écarts qui souvent les augmentent de près de moitié. » (Dr R...)

L'organisation du service gratuit dans ce département date du 9 juillet 1861. Dès la 3e année, les dépenses excédèrent de 5.000 fr. les ressources. — Le Conseil général en 1869 supprima le service, laissant aux communes le soin de le réorganiser à leur guise, comme œuvre purement municipale, — L'institution n'a pas cessé de décliner : elle fonctionne mal dans presque toutes les communes et ne fonctionne plus du tout dans plusieurs localités.

Belfort. — L'administrateur du territoire de Belfort, M. Charles Lebleu, y a organisé (mai 1873) des circonscriptions médicales. La première (Belfort, ville et faubourg) donne un traitement de 600 fr.; — la deuxième (16 communes), de 700 fr.; — la troisième (15 communes) de 600 fr.; la quatrième (18 communes) de 800 fr.; — la cinquième (13 communes), de 600 fr.; — la sixième (12 communes), de 600 fr.; — la septième (15 communes) de 700 fr.; — le huitième (8 communes) de 500 fr.; — la neuvième (7 communes) de 500 fr.; — en tout 5.600 fr.

Il nous semble utile de rappeler que, dans tous ces départements, les consultations sont GRATUITES *au cabinet du médecin.*

Les chiffres que nous avons cités ont leur éloquence qui rend tout commentaire inutile.

Le traitement dérisoire accordé au médecin a éloigné nos confrères d'un service trop pénible, et le jour n'est pas loin où l'institution de la médecine gratuite établie d'après le système des circonscriptions n'existera plus qu'à l'état de souvenir.

(*à suivre*) Dr Mignen (de Montaigu).

III

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

1o Exercice illégal par les écclésiastiques

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec plaisir la lettre du Dr Frouin dans le dernier no du journal. J'ai eu, il y a 2 ans, à écrire à M. le Procureur de la République de Bourganeuf pour une affaire à peu près semblable; il s'agissait du curé du Monteil-au-Vicomte qui fait de la médecine illégale. Appelé *in extremis* à voir une malade qu'il avait soignée, je ne pus que constater le fait accompli.

J'eus à fournir, sur la demande de mon juge de paix, quelques explications. Croyez-vous qu'on poursuivit M. le curé? Eh bien non; on se contenta seulement de le faire appeler dans le cabinet de M. le Procureur de la République et là, il promit de ne plus recommencer, à ce que me dit le Juge d'instruction quelque temps après, et l'affaire en resta là.

Depuis ce temps, M. le curé du Monteil continue à voir tous les malades de son entourage, et comme il a sous la main un petit couvent, avec dépôt de médicaments, le petit commerce continue et *sans payer patente*.

Le médecin diplômé a seul ce *privilège*.

Mes confrères, pas plus que moi, ne voient pas de malades au Monteil et lieux circonvoisins.

Qu'y faire? Attendre des jours meilleurs. Le Ministre de la justice tiendra-t-il à ce que les lois soient mieux observées? Il serait temps que, sous la République, on s'occupât un peu de nous.

Agréez, etc. Dr A. Bontemps.

2o Exercice illégal par les communautés.

Un de nos confrères nous écrit de l'Ouest de la France, le 28 décembre:

En attendant l'éclosion d'une loi sincèrement protectrice de nos droits, et, surtout, l'avénement problématique d'une magistrature décidée à sa rigoureuse application, permettez que je soumette à vos judicieuses réflexions, un point que je n'ai pas encore vu traiter dans le *Concours médical*.

L'exercice illégal de la médecine est, en Bretagne, comme ailleurs sans doute, surtout pratiqué par les religieuses avec une audace incroyable, et, si l'on s'en plaint, elles se croient lésées dans leurs prérogatives et crient à la persécution. Les sœurs, dites pharmaciennes, habitent les écoles primaires, communales ou libres; elles vont voir les malades à domicile et donnent des consultations dans l'école, où elles font leur trafic de médicaments (et quel trafic! j'ai vu vendre un gramme de calomel 3 fr. 75.) Elles sont donc *des agents de transmission des épidémies ou peuvent le devenir*.

Sans parler de ce qu'il y a de révoltant à voir les violateurs de la loi logés dans un édifice public, cet état de chose est-il admissible *au point de vue de l'hygiène?* Evidemment non!

Il me semble qu'une circulaire de M. le Ministre de l'Instruction publique, fermement appliquée, interdisant formellement, sous des peines disciplinaires sévères, le séjour des pharmaciennes dans l'école, produirait un excellent résultat. En effet, les religieuses, d'après leurs statuts, ne peuvent habiter isolément; puis, dans le cas où elles voudraient continuer leur commerce illicite, elles seraient obligées d'installer leur vente ailleurs, ce qui me paraît peu praticable. Je suis bien persuadé qu'une semblable mesure ferait diminuer le nombre et l'influence des coupables; par conséquent, il serait plus facile de les atteindre.

Faites, Monsieur le Directeur, l'usage que vous voudrez de cette proposition; mais si vous la jugez digne d'être étudiée dans votre journal si dévoué à nos intérêts professionnels, ne publiez pas mon nom ni ma résidence; car, hélas! il existe, non loin de moi, un jeune docteur, un *faux frère*, homme lige du clergé, protégé des *bonnes sœurs*, qui ne se ferait pas faute de me dénoncer à toutes les cures des environs; et, *pour la troisième fois*, une croisade serait organisée contre moi.

Recevez, etc. Dr X.

3o Exercice illégal par les rebouteurs.

J'ai l'honneur de vous adresser le compte-rendu succinct des faits d'exercice illégal de la médecine soumis au tribunal correctionnel de Remiremont (Vosges), le 23 septembre dernier.

Au mois de juillet 1881, un cultivateur, adjoint de la commune du Ménil (Vosges), atteint d'hydropisie abdominale (ascite a frigore) eut recours à un empirique du pays, qui s'empressa de faire la ponction sur les injonctions pressantes du malade, qui souffrait tellement qu'il eût préféré se percer le ventre avec son couteau, d'après l'instruction judiciaire, si l'empirique en question ne l'opérait pas immédiatement.

L'opération se fit au moyen d'une lancette, pas tout à fait dans la ligne classique, et soulagea immédiatement le malade qui s'écria qu'il était guéri; mais le lendemain, la guérison était si complète qu'un accident inconnu envoyait l'hydropique *ad patres*; il succombait à une péritonite, d'après le rapport du docteur, chargé de l'expertise judiciaire qui eut lieu à la suite d'une dénonciation anonyme, faite trois mois après et qui nécessita l'exhumation.

Le 23 septembre, l'empirique comparaissait devant le tribunal correctionnel de Remiremont, à la requête du ministère public, sous l'inculpation simple d'*exercice illégal* de la médecine et de la pharmacie!

Une perquisition domiciliaire avait amené la saisie de médicaments de toutes sortes. C'était la troisième fois que cet empirique se trouvait en relation avec la justice. A l'appel de l'affaire, cela se passa comme vous devez le supposer. La famille et même certains médecins de l'arrondissement ne marchandèrent pas leurs sympathies pour cet empirique qui possédait de très hautes influences et avait en mains de charmants certificats d'abnégation et de dévouement émanés des gens fort influents dans le pays. Notre homme s'était pourvu d'un avocat, dont l'éloquence toute puissante sur l'esprit des juges, très faciles à émotionner, réussit à faire accorder à son client, malgré la circonstance aggravante de troisième récidive, la simple bagatelle, *pour fait d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et pour paracentèse suivie accidentellement de mort le lendemain, de 25 francs d'amende et des frais!*

C'est tout simplement édifiant. Je vous autorise, dans l'intérêt de notre solidarité, à tirer de ce jugement la morale qui en résulte, et vous engage à persévérer dans la voie que s'est tracée le *Concours médical*, c'est à dire dans la revendication de nos droits et la réforme des lois de Ventôse.

Agréez, Monsieur le directeur, l'assurance de tout mon concours. CHARLES fils.

Cornimont (Vosges).

IV

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Un pharmacien *peut refuser d'exécuter une prescription médicale quand cette prescription lui paraît dangereuse.* — C'est en ce sens que le tribunal de la Seine s'est prononcé le 20 juillet dernier, statuant qu'il y a lieu de conclure, d'une manière générale, qu'un pharmacien peut se refuser à exécuter une ordonnance qu'il considère comme dangereuse *s'il est constant qu'il n'a été déterminé que par des appréciations scientifiques, en vue de sauvegarder sa propre responsabilité et sans intention de nuire à autrui.*

REVUE ÉTRANGÈRE

I

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS

Traitement de la diphthérie. — Voici un traitement qui est donné comme nouveau par le Dr *Joseph Beaudin*, de Hull (*Union médicale du Canada*); mais qui a déjà été appliqué en France et à l'étranger par les docteurs Thévenot et Barbosa, du moins en ce qui concerne l'emploi du soufre localement. Quoi qu'il en soit, l'auteur canadien a introduit dans ce traitement des modifications qui méritent d'être signalées. — Renfermer le malade atteint de diphthérie dans une chambre bien close, remplie de vapeur de soufre, et l'y laisser respirer autant que ses forces le lui permettront. — Entretenir l'humidité de l'atmosphère de la chambre pendant au moins dix heures. — Insufflation dans l'arrière-gorge d'une poudre composée de : soufre, 3 parties, chlorate de potasse, 2 parties; nitrate de potasse 1 partie. Répéter toutes les heures cette insufflation, suivie 10 minutes après, d'un gargarisme concentré au chlorate de potasse. S'il y a épaississement des fausses membranes, les cautériser avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

Enlever les lambeaux de fausses membranes au fur et à mesure de leur décollement, mais sans tiraillements, afin de ne pas amener de sang. — Insufflation de la poudre composée comme ci-dessus sur les parties dégagées de fausses membranes; continuer à cautériser les parties adhérentes des fausses membranes jusqu'à leur détachement complet, cette cautérisation pourra être répétée deux ou trois fois par jour. Puis continuer les insufflations et les gargarismes. — Soutenir les forces par le bouillon, le cognac, ou quelque préparation contenant de l'extrait de bœuf, du fer et du vin. — La formation de fausses membranes nouvelles sera empêchée par ce traitement, en y ajoutant, toutes les six heures, l'administration d'une cuiller à dessert de la solution suivante :

Chlorate de potasse.........	8	grammes.
Carbonate de soude.........	6	—
Sirop......................	60	—
Eau........................	180	—

Le nasonnement de la voix sera traité par des injections de chlorate de potasse dans les narines, et des dragées au chlorate de potasse. — La paralysie diphthéritique des membres inférieurs cédera, après trois ou quatre semaines, aux bains de pieds sinapismés, aux frictions avec liniment ammoniacal, frictions sèches, électricité.— Plus de quinze cas soumis à cette stricte médication, ont été guéris radicalement.

(Tiré de l'Union médicale du Canada, novembre 81).

* * *

Administration de l'iodure de potassium à hautes doses, dans les lésions ultimes de la syphilis. — Le Dr *M. H. Henry*, de New-York, communique à l'Académie de médecine de New-York un cas remarquable de syphilis tertiaire combattue avec succès par de très hautes doses d'iodure de potassium. — Un jeune homme de vingt-cinq ans avait contracté la syphilis au mois de mai 1868. Les accidents primitifs et secondaires, traités par la méthode mercurielle, disparurent rapidement; et malgré des voyages et des fatigues considérables, la santé de ce jeune homme demeura excellente jusqu'au mois de juillet 1870.

Depuis le mois de juillet jusqu'au mois de septembre, il fut traité par différents médecins à qui il ne déclara pas avoir eu la syphilis, et son état ne fit que s'aggraver. De retour à New-York, on songe à appeler le médecin qui l'avait soigné pour ses accidents syphilitiques. Celui-ci le trouve dans un état de faiblesse extraordinaire; intelligence très affaiblie, réponses incohérentes; marche et station debout presque impossibles; paralysie du côté droit de la face; mydriase des deux yeux; la pupille gauche seule a conservé sa sensibilité à la lumière; paralysie du nerf oculo-moteur droit, avec blépharoptose à droite; appétit mauvais, déglutition imparfaite; vue très mauvaise : il ne saurait lire ni même épeler des lettres de grand caractère; mictions et défécations involontaires, bref, tous les symptômes de l'*hébétude* la plus complète. — Prescription : Régime tonique et analeptique; un peu de vin; 1 gramme et demi d'iodure de potassium trois fois par jour, c'est-à-dire 4 gr. 50 dans la journée; le soir, 1 gramme et demi de bromure de potassium. Au bout de deux jours, six grammes d'iodure par jour, en quatre fois; on continue le bromure pour la nuit. — Déjà un peu de mieux commence à se manifester. — Le 5e jour du traitement, la dose est portée à 7 grammes d'iodure en cinq fois. — Le 7e jour on supprime le bromure dont le malade n'a plus besoin pour dormir, et on ajoute une nouvelle dose de 1 gr. 50 : ce qui fait 9 grammes d'iodure par jour, en six doses. — Le 8e jour, comme il y a un certain embarras de la digestion, on donne 25 centigr. de pepsine et 25 centigr. de bismuth avant chaque repas. — L'amélioration continue, l'intelligence semble revenir à mesure que la paralysie disparaît. — Le 10e jour, on administre 10 gr. 50 d'iodure en sept doses; et on arrive le 16e jour du traitement à 14 grammes par jour. Cette dose est continuée jusqu'au 21e jour inclusivement. A cette date, le patient est beaucoup mieux physiquement et moralement; il peut marcher et monter à cheval; il peut lire aussi, mais lentement; l'œil gauche offre encore un peu de mydriase. Cependant, comme sa santé est loin d'être entièrement rétablie, et qu'il offre une grande tolérance envers l'iodure de potassium, on juge convenable d'élever encore la dose. A partir du 30e jour du traitement jusqu'au 60e il prend 15 grammes d'iodure tous les jours. A cette époque, comme les résultats obtenus sont trouvés suffisants, on diminue les doses et l'on arrive à cesser complètement l'usage du médicament à la fin du 5e mois du traitement. Le malade se trouvait alors, selon ses propres paroles, revenu à son état normal, sauf qu'il lui était resté une certaine faiblesse de la vue. — *(Tiré du medical Record, de New-York, 26 novembre 81).* — Nous avons tenu à donner cette observation dans son étendue, bien que nous eussions abrégé le plus possible les détails peu importants, afin de montrer, non-seulement les effets merveilleux de l'iodure de potassium dans les lésions tertiaires de la syphilis, mais encore l'incroyable tolérance à laquelle peuvent arriver certains tempéraments.

* * *

Un cas de lupus exedens, traité avec succès par la créosote et le calomel. — Le *Dr A. Vanderveer*, médecin de l'hôpital d'Albany, eut dans son service au mois d'octobre 1880, un homme âgé de soixante-cinq ans, portant un *lupus exedens* dont l'origine remontait à une dizaine d'années. Au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme avait les ailes du nez presque totalement rongées par un ulcère qui menaçait de s'étendre bientôt aux paupières et aux yeux. Depuis trois mois, il s'écoulait presque continuellement une matière purulente et infecte qui augmentait de jour en jour. — On essaya d'abord la créosote seule, puis l'acide dichloroacétique, non sans obtenir quelque amélioration. Mais ce fut bien mieux encore lorsqu'on fit des applications de créosote et de calomel mélangés. Voici la méthode employée: On prend un pinceau en poil de chameau, (ou du blaireau, je suppose), on le trempe dans la créosote, puis dans le calomel en poudre; ensuite on le porte sur les surfaces malades, en ayant soin de le faire glisser dans toutes les anfractuosités de l'ulcère, afin de le nettoyer complètement, et d'en faire disparaître tous les débris purulents. — Quand on eut ainsi badigeonné toute la surface du lupus pendant quelques jours, il commença à diminuer notablement d'étendue; en même temps la sécrétion disparut, et l'on vit, de jour en jour s'accroître la bande de peau saine qui circonscrivait l'ulcère jusqu'à le réduire à une très faible dimension. — Aujourd'hui, — septembre 81, — le malade est presque guéri, et l'on espère que le lupus disparaîtra sans retour.

(*Tiré du medical and surgical Reporter, de Philadelphie, 12 novembre 81),*

Dr Pombourcq.

II

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Manière facile et sûre de traiter les fractures compliquées dans la pratique rurale, *par le docteur Œnecher de Salaristhal (Lorraine).*

La méthode antiseptique de Lister, qui rend de si grands services, a un défaut indiscutable; l'incommodité et le prix élevé de l'application du procédé. Le praticien, qui n'a pas à sa disposition un personnel bien stylé, est obligé de faire lui-même le pansement, de prendre deux températures par jour, de faire, les premiers temps au moins, deux visites quotidiennes, pour ne pas manquer l'instant où l'appareil doit être changé, etc. A l'hôpital la méthode de Lister s'applique avec toute la certitude et l'élégance désirables, grâce à l'instruction des aides. Le procédé est encore assez pratiqué dans la résidence même du chirurgien. Des cas chirurgicaux extraordinaires ne sont pas fréquents pour les non-spécialistes; et ceux qui sont traités par le praticien ordinaire le sont avec tant de soin et d'abnégation qu'il ne craint pas d'employer une méthode qui lui prend une grande partie de son temps. Dans le cours du traitement on peut trouver aussi des facilités importantes. Mais à la campagne, où le médecin est éloigné, comment peut-on utiliser le procédé si méticuleux de Lister? C'est impossible la plupart du temps. Chacun modifie et simplifie l'appareil de son mieux. Le spray est presque abandonné depuis le cri de réprobation poussé par une personne autorisée (*Dr Bruns*). Dans les cas récents, on peut réussir avec d'importantes modifications, et c'est là ce que ce travail veut démontrer. A la campagne, les fractures compliquées exigent beaucoup de soins de la part du médecin; c'est pourquoi l'auteur a cru devoir publier une méthode de laquelle il a toutes les raisons d'être content.

Autrefois, beaucoup de praticiens n'abordaient qu'en tremblant le traitement d'une fracture compliquée, traitement accompagné presque toujours de beaucoup de peines et de déboires, trop souvent suivi de mauvais résultats. Avec son procédé, l'auteur attaque une fracture compliquée aussi tranquillement qu'une fracture sous-cutanée.

Dans ces lésions graves, on croit avantageux d'appeler de suite le médecin qui, de son côté, accourt aussitôt. Il trouve par conséquent une blessure toute récente. Il est bon d'interroger le messager; de lui demander si la peau est ouverte, si la plaie saigne, etc., afin d'emporter et d'avoir sous la main les pièces à pansement nécessaires à ce premier moment si favorable. Lorsque le sang est arrêté on place le membre dans une situation convenable, on enlève les caillots et on fait coup sur coup, dans le foyer de la fracture, quelques injections d'une solution phéniquée à 2 0[0. Le sang coule-t-il encore, on se contente de nettoyer les alentours de la plaie avec de l'eau phéniquée. Le membre est ensuite enveloppé d'une couche épaisse d'ouate phéniquée à 10 0[0 sans protective : l'auteur attache une grande importance à ce que les filaments d'ouate fassent corps avec la plaie. Par-dessus le tout, on applique un appareil plâtré ordinaire, pas trop épais, mais solide. Vingt-quatre heures après, deuxième visite, pendant laquelle on coupe l'appareil plâtré dans le sens de la longueur afin que la couche de coton ne soit pas dérangée; puis on enlève avec soin la coque platrée. Trouve-t-on la ouate imprégnée de sang on la remplace avec de la ouate fraîche; si au contraire elle est intacte et fortement adhérente à la plaie on la laisse et on réapplique la coque plâtrée : on maintient le tout au moyen de quelques tours de gaze phéniquée. Il n'est plus nécessaire de faire de visite avant huit jours; si alors la plaie est fermée, ce qui se reconnaît à ce que le coton jusqu'alors adhérent se détache par une légère traction, on applique un nouvel appareil plâtré définitif par-dessus la même ouate. Si celle-ci est encore très adhérente on attend de huit à quinze jours. Tous les blessés traités par ce procédé si simple ont guéri par première intention et sans aucune suppuration. Parmi eux, l'auteur cite un alcoolique de plus de 50 ans qui avait deja eu deux fractures sous-cutanées à la même jambe, et une vieille femme de 70 ans atteinte d'une fracture par écrasement de la partie inférieure des deux cuisses. Elle avait été retirée de dessous les décombres d'une construction reposant sur un montant en pierres lequel avait été renversé par une voiture chargée. Il cite également un jeune homme atteint de fracture compliquée de la partie inférieure de la cuisse pansé avec des atelles et des bandages, plus tard avec un appareil plâtré fenêtré qui resta estropié après une suppuration très débilitante de plus de six mois.

Les mêmes résultats ont été obtenus avec de la ouate préparée au thymol ou à l'acide salicylique.

Plus les procédés sont faciles, plus ils trouvent de partisans : et l'auteur s'est proposé, en publiant ces lignes, de mettre un pansement facile à la portée de tous ceux qui ne sont pas parfaitement sûrs d'eux-mêmes dans des cas aussi sérieux que les fractures compliquées.

Dr Fischer. (*Extrait de der « Praktische-Artz » Novembre* 1881).

COURRIER

I

Sueurs profuses et fétides des pieds.

Monsieur et très-honoré Directeur

Depuis un certain temps, je me proposais de vous transmettre l'observation suivante : mais je tenais, en vous la donnant, à affirmer un plein succès.

L'affection, qui en fait le sujet, a, par sa nature même, la plus grande importance. N'est-elle pas, en effet, la maladie la plus repoussante et la plus désastreuse. Elle vous rend un objet de dégoût pour vous-même, de répulsion pour les autres, en même temps qu'elle résiste à presque tous les moyens mis en emploi.

Le sujet de cette observation est un homme de 35 ans, de bonne constitution, ayant une profession presque sédentaire. Il fait remonter le début de son affection à la guerre de 70, pendant laquelle il paya, comme tant d'autres, sa dette à la patrie. Depuis cette époque la maladie ne fait que grandir, à tel point que cet homme se trouve poursuivi par des idées noires.

En ce moment, février 81, la vie lui est à charge, il parle de mettre fin à ses jours, si l'on n'apporte un prompt secours à son état.

Voici ce que nous constatons :

La peau de ses pieds, ridée, est d'un blanc sale, et semble avoir macéré pendant des jours entiers dans un liquide : La sueur dégoutte par terre ; en même temps qu'une vapeur puante s'en échappe. A distance, la main perçoit la sensation d'un dégagement de colorique abondant : enfin, la sensibilité est telle, que le patient ne peut plus marcher qu'au prix de souffrances continuelles, et que ses chaussures sont promptement imbibées de la liqueur fétide.

En face d'un mal aussi terrible par ses manifestations que par les conséquences qu'il peut entraîner, je n'hésite pas, et j'institue le traitement suivant :

1° Bains de pieds à l'eau de goudron renouvelés 3 fois par jour pendant deux jours.

2° A dater du troisième jour, matin et soir, badigeonner les pieds avec le perchlorure de fer liquide.

Je n'étais pas sans appréhension en essayant de tarir ainsi une sécrétion déjà ancienne et si abondante; cependant le succès récompensa mon audace, car au deuxième jour de badigeonnage perchloruré, les pieds cessaient de jeter de la chaleur, la sueur tarie en grande partie, toute odeur nauséabonde avait disparu. Cet homme, naguère si abattu, reprenait courage, et avait plaisir à parler du froid qu'il ressentait maintenant à ses extrémités ; bref après 6 jours de traitement, le sujet reprit la marche, il semblait renaître à la vie.

Plus de chaleur, plus de douleur, plus de puanteur, en un mot disparition complète de ces sueurs qui le désespéraient.

Depuis j'ai revu, à plusieurs reprises, cet intéressant malade ; la guérison ne s'est pas démentie un seul instant : quelquefois, cependant les sueurs semblent vouloir recommencer, mais tout aussitôt il s'arme du fameux pinceau, qui fait l'effet inverse de celui produit par la baguette de Moïse.

Je recommande ce traitement à nos honorables confrères du *Concours médical* : heureux serais-je, si je pouvais ainsi être utile à ceux qui souffrent de cette triste affection.

Agréez, M. et honoré Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Legoux,
Médecin de l'hôpital d'Albert (Somme)

II

Danger des abréviations

Monsieur et très honoré confrère,

Gardons-nous des abréviations. Il y a quelques jours, j'étais appelé à donner mes soins à une jeune femme qui avait été prise, en chemin de fer, des douleurs de parturition avant terme. Le surlendemain de l'accouchement, je lui prescrivis pour *faire passer son lait*, de l'huile de ricin qui ne fut pas acceptée ; du sulfate de magnésie, du séné qui furent également refusés.

Sans plus consulter le goût de la malade, et *plein de mon sujet*, je prescrivis et j'écrivis :

Sulf. de potasse — 60 grammes.
Diviser en 4 paquets.
Un tous les deux jours.

Le lendemain, à peine étais-je levé, que j'étais appelé dans mon cabinet, par le mari de la malade qui, tout effaré, venait me demander, en me montrant quelques morceaux de sulfure de potassium, si c'était bien cela que j'avais prescrit à sa femme, ajoutant qu'elle ne pouvait achever la dose parce que c'était trop mauvais.

Je ne fis qu'un saut chez cette femme qui demeure près de chez moi, et après avoir fait le nécessaire, je me rendis chez le pharmacien pour revoir mon ordonnance.

Après en avoir pris connaissance, j'avouai humblement que j'étais dans mon tort; mais je fis observer à M. N. qu'il me paraissait bien plus répréhensible que moi, et qu'ayant entre les mains une ordonance formulée comme l'était la mienne, son devoir était de ne rien délivrer, et de m'envoyer demander ce que j'avais eu l'intention de prescrire. Il n'y avait pas plus de raison en effet, pour délivrer du sulfure que du sulfate, bien que la mention «un paquet» tous les deux jours, et l'absence d'indication « *usage externe* » dussent tout naturellement faire penser à l'usage interne.

Quoi qu'il en soit, l'essentiel, en cette affaire, c'est que la femme, grâce aux soins qui lui ont été donnés immédiatement, en a été quitte pour avoir toute la journée un peu de douleur à l'épigastre et le goût d'œufs pourris.

Sans doute, c'est déjà trop pour moi d'avoir éprouvé une rude émotion, et d'avoir à supporter seul je crois, l'endos de la bévue : car les cancans les clabaudages, les stupides insinuations ont marché leur train : ah ! c'est parce que c'était pour des ouvriers ; ce n'est pas pour un riche qu'on

aurait fait une ordonnance comme ça ! etc. etc. etc.

Mais, c'est là le petit côté : les choses, on le comprend, auraient pu finir d'une manière plus tragique, et qu'on juge de ce que ate resté dans ma plume aurait pu me valoir. Mes chers confrères, ne comptons qu'avec nous-mêmes, et n'abrégeons jamais.

Agréez, etc. Dr Licke.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Les syndicats et l'association générale.

Dans un de ses derniers numéros, la *Gazette médicale de Paris* a publié la circulaire de M. le Président de l'Association générale que nous avons reproduite dans notre numéro du 7 janvier. Voici les réflexions dont M. le Dr de Ranse fait précéder cette lettre :

Dans un précédent travail sur les *Sociétés médicales d'assurances mutuelles en cas de décès*, nous avons dit que l'Union ou l'Association professionnelle peut revêtir trois formes, trois modes, correspondant aux trois phases ou aux trois épisodes de la vie du médecin :

Syndicats médicaux, pendant la période d'exercice, c'est-à-dire de lutte ;

Associations de prévoyance ou de secours mutuels, à l'époque de la vieillesse, des infirmités, ou durant l'impuissance temporaire causée par la maladie ;

Assurances mutuelles en cas de décès, pour protéger, et soutenir la veuve et les orphelins de celui qui a succombé.

De ces trois modes d'association, c'est le second qui, jusqu'à présent, a pris le plus grand essor. Le troisième est à peine à l'état de conception ; le premier est en ce moment l'objet d'un mouvement remarquable qui mérite d'être signalé et encouragé.

La loi sur les syndicats professionnels votée, cette année par la Chambre des députés, a été l'origine de ce mouvement. Bien que cette loi ne soit pas encore votée par le Sénat et, par conséquent, n'ait pu être promulguée, l'urgence des besoins en a fait devancer les effets ; et, dans plusieurs départements, nombre de confrères se sont réunis pour organiser des syndicats médicaux. Quand même la loi dont il s'agit serait un peu modifiée avant son adoption définitive, il est permis de penser que, dans les conditions et les termes où ils sont institués, ces syndicats pourraient légalement continuer leur œuvre de protection. A ce point de vue, nous ne saurions partager complètement l'avis du Conseil général de l'Association des médecins de France qui, par la plume de son président, a adressé cette circulaire aux Présidents des sociétés locales :

II

Projet de syndicat des médecins du Rhone.

Le Bureau de l'Association des Médecins du Rhône avait convoqué, le samedi 19 novembre, une Assemblée générale extraordinaire pour délibérer sur la constitution d'un Syndicat. C'était là, sans doute, une nouvelle preuve du zèle habituel et de la sage prévoyance de son président. Un projet de statuts accompagnait les lettres de convocation.

Soixante-huit membres de l'Association ont répondu à cet appel. Deux courants ont paru exister dans l'Assemblée : les uns, acceptant l'organisation proposée par le Bureau de l'Association ; les autres, au contraire, se séparant sur deux points essentiels dont l'adoption entraînerait une modification profonde du Règlement projeté.

Le projet du Bureau, en effet, tend à faire du Syndicat un simple moyen pour l'Association, préexistante d'avoir une action judiciaire impersonnelle, et, dans l'intention d'éviter la possibilité de toute scission du Corps médical, arrive à poser cette règle : Nul ne peut faire partie du Syndicat s'il ne fait partie de l'Association.

D'autres assistants, au contraire, voudraient que le Syndicat s'établit sur des bases complètement différentes de celles de l'Association, lui assigneraient comme but principal l'établissement de la solidarité professionnelle entre ses membres, et croiraient bon que, dès le début, cette Société désignât, dans ses statuts, un certain nombre de moyens propres à arriver à cette fin. Rien de plus légitime, à leurs yeux, et de plus utile que l'organisation de ce Syndicat par l'initiative du Bureau de l'Association ; mais le syndicat devenant une institution essentiellement différente de l'Association, la conséquence rationnelle de cette différenciation leur paraît être le libre accès du Syndicat juxtaposé à l'Association et se proposant un but essentiellement différent.

Une Commission a été nommée par l'Assemblée pour établir, dans cet esprit, des amendements au projet de statuts rédigé par le Bureau.

L'Assemblée a rendu ensuite un hommage mérité au président de l'Association, en lui votant des remerciements pour la nouvelle preuve qu'il venait de donner de son dévouement aux intérêts professionnels.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

III

Création d'un syndicat médical a Bordeaux.

On nous prie d'insérer l'avis suivant :

Un assez grand nombre de nos confrères ont été d'avis que la création d'un Syndicat pour les Médecins de Bordeaux était chose fort désirable, et ils ont donné pleine adhésion aux propositions générales qui leur ont été faites par M. le docteur Sisteray.

Avant de procéder à la rédaction des Statuts, ce confrère fait appel à ceux qui désireraient entrer dans une Société ayant pour but la défense des intérêts professionnels et la fixation des règles qui doivent présider à nos rapports, soit avec nos confrères, soit avec nos clients ; il les prie d'envoyer leur adhésion à M. le Dr Sisteray, cours Saint-Jean, 136.

La réunion des adhérents sera annoncée ultérieurement.

(*Journal de méd. de Bordeaux*)

NOUVELLES

M. le professeur Charcot est transféré, sur sa demande, de la chaire d'anatomie pathologique à la chaire de clinique des maladies nerveuses, récemment fondée à la Salpêtrière, M. le professeur Hayem est, à son tour, transféré de la chaire de thérapeutique à la chaire d'anatomie pathologique.

M. le Docteur Chéron a commencé son cours de Gynécologie (Maladies de l'appareil ultro-ovarien) à l'école de la faculté de médecine pratique amphithéâtre n° 1, le samedi 14 janvier à huit heures du soir et le continue les samedis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de M. le Dr *Fauvel, membre du Concours médical, chevalier de la légion d'honneur, ex-médecin militaire,* décédé à Toulouse, le mois dernier.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

28 Janvier 1882

4me Année. — N° 4

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Depaul* met sous les yeux de ses collègues une énorme tumeur fibreuse qu'il a enlevée sur une femme, arrivée à peu près au terme de sa grossesse : dans ce cas, l'ablation pouvait seule rendre l'accouchement possible et sauver la mère et l'enfant.

Entrée à la clinique dans la soirée du 11 janvier dernier, la femme dont il s'agit était âgée de trente-deux ans et avait déjà eu trois accouchements normaux. Sa grossesse actuelle daterait du mois d'avril : la hauteur du fond de l'utérus indique une gestation à terme. Aucun symptôme anormal n'a d'ailleurs troublé le cours de cette grossesse, si ce n'est que, depuis huit jours, l'écoulement blanc jaunâtre habituel s'est un peu teinté en rouge. Dans ces derniers temps seulement cette femme avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve, et qu'une sage-femme et un médecin, paraît-il, auraient attribué à la sortie d'une portion de placenta décollé.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacé ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme, quoique souple et élastique, exhalant une odeur horriblement fétide, due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas trace de gangrène. Au toucher, rendu très difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouva une masse considérable remplissant toute la cavité pelvienne, et ne permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin. Il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant.

Le soir même, à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail. La partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume et était devenue grosse comme les deux poings ; elle était accolée à la vulve et ne permettrait même pas l'introduction des doigts dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées, l'enfant souffrait, ce qui était indiqué par le ralentissement des battements du cœur. Il fallait agir immédiatement. M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme. Par un examen attentif, il acquit la certitude qu'elle avait son point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col ; en l'attirant au dehors, il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure, et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse à laquelle on avait affaire. M. Depaul pratiqua avec le bistouri la section du pédicule de la tumeur, large de 5 ou 6 centimètres, il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins. Cette tumeur est remarquable par son volume, car elle ne pèse pas moins de 1,790 grammes ; c'est la plus volumineuse qui ait été observée jusqu'à ce jour. Après l'ablation de la tumeur, l'enfant, qui se présentait par le siége, fut extrait à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine ; il était encore vivant; il se mit bientôt à respirer et à crier ; il est aujourd'hui parfaitement bien portant et est allaité par sa mère qui va également aussi bian que possible.

La tumeur examinée par M. Doleris, chef du laboratoire histologique de l'hôpital des Cliniques, a été trouvée constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse ; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation de faits analogues dont l'un a été communiqué par Danyau, en 1851, à l'Académie, et dont l'autre est consigné dans le Traité d'accouchements de Cazeaux. Dans le cas de Daynau, la tumeur pesait

650 grammes; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction. Quant au fait de Cazeaux il est remarquable par l'erreur de diagnostic auquel il entraîna des praticiens aussi habiles que Paul Dubois, Danyau et Cazeaux, qui tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six à sept fois le trocart dans la tumeur, sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu de temps après l'extraction.

M. *Blot* cite un cas analogue à celui dont M. Depaul vient de faire connaître l'observation : aucun des deux honorables Académiciens ne paraît connaître le remarquable travail publié dans le *Concours*, n°s 2, 3, 4 de 1881, par notre excellent collaborateur le Dr *Poulet*. Nous nous proposons donc de faire ressortir, dans notre prochain *Bulletin*, les circonstances qui rendaient le cas de notre confrère bien autrement délicat et intéressant que celui que l'on vient de lire.

Les conjonctivites purulentes attribuées généralement à la blennorrhagie ne seraient-elles pas plutôt dépendantes du rhumatisme? Telle est la question que plusieurs observations ont amené M. *Perrin* à se poser, et qu'il soumet au jugement de l'Académie.

En 1876, un jeune homme d'une bonne famille du Midi, engagé volontaire, contracta, dans une prison humide, une conjonctivite purulente suraiguë, qui lui fit perdre l'œil en quelques jours, malgré le traitement le plus énergique.

M. Perrin, qui soigna ce jeune homme, s'assura à plusieurs reprises qu'il n'y avait pas la moindre trace d'écoulement uréthral. Le malade affirmait, d'ailleurs, n'avoir jamais eu de blennorrhagie, et comme il était en prison, aucune contamination récente n'était supposable. Les parents de ce jeune homme étaient rhumatisants. C'était là le seul antécédent de famille que l'on pût rapprocher de cette conjonctivite purulente.

Peu de temps après, M. Perrin observa un second fait semblable. Un lieutenant de cuirassiers, très vigoureux, fut pris également d'une conjonctivite purulente, qui devait aboutir à la fonte de la cornée, sans avoir jamais présenté la moindre trace de blennorrhagie. Ce jeune homme avait été exposé au froid humide, pendant une tournée d'inspection des chevaux, et, dix-sept jours après le début de la conjonctivite, alors qu'elle était à peu près calmée, il fut pris d'un rhumatisme fébrile qui porta sur diverses articulations et se prolongea jusqu'à la fin du deuxième mois.

Un troisième malade, également non blennorrhagique, mais non rhumatisant, s'il ne perdit pas complètement l'œil affecté, eut du moins une perforation de la cornée à la suite d'une conjonctivite purulente attribuée de même au rhumatisme.

Dans trois autres cas, l'œil put être sauvé.

D'après M. Perrin, le rhumatisme seul pourrait déjà produire par lui-même des écoulements uréthraux semblables à la blennorrhagie, et qui seraient un effet, au lieu d'être une cause. Il serait donc disposé à admettre, comme point de départ de ces accidents uréthraux, oculaires ou autres, un état rhumatismal mis en activité par des circonstances diverses, et dont les manifestations simultanées ou successives se localisent, en raison des prédispositions personnelles, soit sur la conjonctive, soit sur l'urèthre, soit le plus souvent sur le système articulaire.

M. Gosselin n'a jamais rien observé de semblable aux faits observés par M. Perrin; mais il profite de la circonstance pour appeler l'attention de ses collègues sur l'emploi de l'eau alcoolisée en lotions (au quart ou au cinquième) dans le traitement de la conjonctivite purulente.

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

LES TRAITEMENTS ACTUELS DE LA PHTHISIE

(suite et fin)

Ainsi une sorte de révolution s'est faite dans le traitement climatérique de certaines formes de phthisie, ou, pour parler plus exactement, de tuberculose pulmonaire. Car cette cure par les altitudes ne peut être essayée que dans la période initiale où le tuberculeux n'est pas encore un phthisique, et dans les formes torpides et lentes. Elle est particulièrement applicable, cette « *prophylaxie par l'acclimatement rigoureux*, aux individus qui n'ont pas de catarrhe permanent, mais qui doivent à une diathèse héréditaire, innée ou acquise une débilité constitutionnelle suspecte. » (Jaccoud).

Th. Williams (1) s'est étendu longuement sur le mécanisme en vertu duquel doit s'opérer la cure par les altitudes. En première ligne se placent, parmi les causes modificatrices de l'appareil pulmonaire, la raréfaction de l'air et la nécessité de respirations, d'abord plus nombreuses, puis plus profondes, et la gymnastique pulmonaire qu'entraînent les ascensions des montagnes. La poitrine s'élargit, les espaces intercostaux s'effacent, et les signes stéthoscopiques permettent de constater : le développement autour des points malades des poumons d'un emphysème partiel qui empêche l'extension du processus morbide à des parties saines, — la résorption des indurations déjà existantes, la suractivité et l'hypertrophie du poumon sain et des parties saines du poumon malade. A cette amélioration

(1) Congrès international de Londres, 1881.

de l'état local, il convient d'ajouter les modifications de l'état général : activité plus grande de la circulation cutanée et effet tonique sur les glandes sudoripares, qui arrête les sueurs nocturnes; augmentation de l'appétit, par suite du poids ; développement du système musculaire par l'exercice, stimulation du système nerveux pouvant aller jusqu'à l'insomnie. Les climats de montagne sont donc absolument contre-indiqués dans les cas de phthisie avec fièvre.

Nous en avons assez dit pour tenir nos lecteurs au courant de cette méthode que de nombreux et récents travaux ont mise à l'ordre du jour ; y insister davantage serait d'autant plus inutile qu'elle n'est, en somme, applicable qu'à un petit nombre de malades et aux privilégiés de la fortune.

III

Pour compléter le traitement hygiénique, il convient d'ajouter que, si quelques médecins ont prétendu guérir la phthisie par la pratique bizarre de la *diète respiratoire*, c'est-à-dire, soit en entravant les mouvements du thorax par l'application d'une cuirasse en diachylon (Mac-Créa) (1), soit en désoxygénant l'air par un mélange d'azote, — le plus grand nombre s'accordent à augmenter autant que possible la capacité pulmonaire par la gymnastique respiratoire (Dally), l'usage modéré et réglé de la déclamation, du chant et des instruments à vent (Burq).

L'aérothérapie comprend l'usage des bains d'air comprimé dans les cloches pneumatiques ou des inhalations d'air comprimé ou suroxygéné à l'aide d'un masque communiquant avec des appareils portatifs spéciaux, tels que celui de Waldenburg.

L'hydrothérapie est encore peu acceptée en France, et nous comprenons qu'on se défie un peu de l'enthousiasme témoigné pour cette méthode en Allemagne par Sokolowski (2), dont M. G. Herbecq (3) s'est fait chez nous l'écho ; d'après celui-ci, les affusions et douches froides, le drap mouillé soulagent toujours les malades, même dans les cas les plus graves. Nous croyons qu'on fera bien de s'en tenir aux lotions faites très graduellement avec l'éponge d'abord imbibée, puis plus tard *ruisselante* (Peter), ou encore aux bains tièdes préconisés par Lasègue ; ces derniers, à une température de 3 degrés environ au dessous de celle du malade sont très efficaces contre les sueurs nocturnes, augmentent l'appétit, calment la surexcitation nerveuse et procurent un sommeil réparateur (4).

La question de l'utilité de l'air marin et des voyages sur mer est loin d'être tranchée : une opinion assez généralement répandue veut qu'ils soient favorables ; pourtant Rochard et Leroy de Méricourt s'en sont déclarés les adversaires déterminés.

Enfin l'hygiène des vêtements comprend, cela est certain, l'usage de ceux qui, tout en laissant fonctionner avec aisance la cage thoracique, mettent les épaules et le cou à l'abri du froid, gilets de flanelle, cravate montante, etc.

(1) Lancet, 1874. —
(2) Bulletin de thérapeutique, 1877.
(3) Thèse, de Paris, 1879.
(4) Souplet. Thèse de Paris 1873.

IV.

— Il est enfin temps d'arriver au traitement pharmaceutique qui peut être subdivisé en plusieurs médications, suivant qu'on se propose d'agir sur l'appareil pulmonaire lui-même, sur la nutrition en général ou sur telle complication déterminée.

1° Médication pulmonaire

La *créosote*, recommandée par les expériences de Bouchard et Gimbert, présente comme avantages, d'atténuer et de modifier l'expectoration des phthisiques, qui, par son abondance, est une cause si active de dépérissement. Elle n'exerce, il est vrai, aucune action favorable sur la toux, si même elle ne l'exaspère pas quelquefois ; elle ne parait pas provoquer l'hémoptysie, comme on l'avait cru d'abord. Dans bon nombre de cas, elle excite l'appétit ; d'autre fois, au contraire, elle ne peut être supportée par le malade à cause de l'irritation douloureuse qu'elle détermine dans l'arrière-gorge, et fait naître une inflammation gastrique qui enlève tout le bénéfice obtenu par la diminution de la suppuration bronchique. Elle doit être donnée bien dissoute et fortement diluée, sous forme de vin, de rhum ou d'huile de foie de morue créosotée. Bouchard et Gimbert l'emploient à doses élevées. Dujardin-Beaumetz à doses de moitié moindres. Voici la formule de ce dernier :

Créosote de goudron de hêtre	3	grammes
Alcool	100	—
Vin de Bagnols	300	—
Sirop de sucre	100	—

Deux fois par jour une cuillerée à bouche de cet élixir dans un verre d'eau édulcorée avec du sirop de groseilles.

En bloc, nous citerons toutes les substances balsamiques, goudron, térébenthine, eucalyptol, bourgeons de sapins, dont l'usage est général.

Les *inhalations* et *pulvérisations médicamenteuses* trouvent plutôt leur indication dans les lésions tuberculeuses du pharynx que dans les désordres broncho-pulmonaires.

On peut se servir de l'inhalateur très simple de Le Fort (de Lille), composé d'un flacon à large tubulure supérieure par laquelle le malade respire l'air qui s'est chargé de vapeur médicamenteuse en pénétrant par un orifice latéral plus étroit placé au milieu de la hauteur et au niveau duquel affleure le mélange suivant :

Camphre	80	grammes.
Goudron	40	—
Teinture d'iode	40	—
Liqueur d'Hoffmann	10	—

On a renoncé presque complètement aux expectorants, kermès, ipéca, tartre stibié ; les sul-

fureux seuls sont encore employés dans certains cas déterminés, et ont une action complexe sur laquelle nous reviendrons à propos de la médication thermale.

Mais la méthode des *révulsifs* est de celles qu'on est heureux d'utiliser pour diminuer ou empêcher les poussées congestives vers le poumon. Nous ne possédons certes aucun moyen d'attaquer directement la granulation tuberculeuse; mais il est un fait de physiologie pathologique absolument démontré, c'est que l'extension et l'envahissement du parenchyme pulmonaire, par la néoplasie, sont toujours précédés ou accompagnés d'un raptus congestif. Prévenir, combattre la congestion pulmonaire, c'est donc combattre l'extension de la tuberculose, limiter et circonscrire les lésions existantes.

Le plus simple et le plus facile à manier des moyens révulsifs est la teinture d'iode; elle est d'un usage constant aujourd'hui. On l'applique successivement en divers points du thorax, tantôt en avant, tantôt en arrière, de manière à entretenir une révulsion faible, mais continuelle.

Puis viennent les vésicatoires dont on a tant médit et dont cependant nous ne voyons guère diminuer l'emploi; c'est qu'en effet, ils rendent d'incontestables services entre des mains expérimentées. Le vésicatoire volant est énergiquement défendu par deux des médecins qui se sont le plus occupés de la phthisie dans ces dernières années. « Toujours, dit Peter, sous l'influence des vésicatoires, vous constatez : 1° un soulagement du malade dont il vous remercie et qui consiste dans une diminution de l'oppression, 2° une diminution dans l'étendue, le nombre comme la finesse des râles. »

Et Pidoux aussi catégoriquement : « On voit tous les jours un processus tuberculeux, parvenu au deuxième degré dans le quart supérieur ou une partie limitée quelconque d'un poumon, s'arrêter sous l'influence de quelques vésicatoires. » Mais il faut savoir « faire une cure de vésicatoires », les appliquer en temps opportun, au moment des poussées, en évitant cependant les grands redoublements fébriles, de peur de les activer encore.

Béhier appliquait une série de petits cautères à la pâte de Vienne à la partie antérieure et supérieure du thorax. J. Guérin et Peter ont mis en vogue les cautérisations ponctuées, pratiquées en nombre variable et, de temps en temps, dans la région sous-claviculaire, avec un très petit cautère ou un simple stylet rougi à blanc. Le thermocautère de Poquelin, dont l'usage commence à être si répandu, est bien commode à ce point de vue.

2° MÉDICATION AGISSANT SUR LA NUTRITION.

L'arsenic rend de si incontestables services qu'on ne lui voit guère que des partisans. C'est un des plus énergiques reconstituants que nous possédions, et, hormis quand la diarrhée existe, on doit l'administrer successivement suivant le goût du malade, sous les diverses formes d'acide arsénieux (granules de Dioscoride), solution d'arsénite de potasse (liqueur de Fowler), solution d'arséniate de soude, eau minérale naturelle sur laquelle nous allons revenir dans un instant à propos de la médication thermale. G. de Mussy fait alterner, pendant dix jours chaque mois, deux demi-verres d'eau de la Bourboule pris immédiat tement avant les repas, et, pendant les vingt autres jours du mois, l'huile de foie de morue.

L'huile de foie de morue vient en seconde ligne, et, quel que soit au juste son mode d'action, qu'elle agisse par son iode ou par ses subtances grasses, il est hors de doute que certaines formes de phthisies, celle des strumeux par exemple, s'en trouvent merveilleusement bien. Les arthritiques, particulièrement sujets à une forme de phthisie congestive avec tendance hémoptoïque, en sont moins justiciables; car l'avis unanime des auteurs est de supprimer l'huile de foie de morue dans les formes inflammatoires, congestives, avec hémoptysies (Beaumetz). Bien des moyens ont été proposés pour vaincre la répugnance des malades en masquant la saveur de l'huile. La plupart d'ailleurs s'y habituent, et Bennet, phthisique guéri, dit qu'il a pu en prendre 45 grammes par jour pendant cinq années consécutives, toujours sans inconvénient et à la fin avec plaisir. On peut la mêler au café, à un sirop amer, d'écorces d'oranges, de gentiane, de quinquina; — la saler (Fonssagrives); se laver la bouche avec de l'eau sucrée, mouiller l'intérieur d'un verre et y verser une quantité d'eau, puis ajouter l'huile, boire le tout très-rapidement et prendre après une gorgée d'eau aromatique, (Ferrand), ou un verre d'anisette, des pastilles de menthe, ou mordre dans une orange.

La *glycérine*, principe doux des huiles, mais appartenant à la classe des alcools triatomiques (Berthelot), est, à ce titre, un médicament d'épargne qui a été employé avec un certain succès depuis quelques années. Jaccoud en donne 40 à 60 grammes par jour, auxquels il ajoute une goutte d'essence de menthe et 10 grammes de cognac ou de rhum.

Elle doit être rigoureusement neutre, — ce qui n'est pas toujours facile à obtenir, — et on doit en surveiller les effets, qui peuvent être l'irritation des voies digestives et un ensemble de symptômes toxiques, analogues à l'alcoolisme et décrits par Dujardin-Beaumetz et Audigé, sous le nom de *glycérisme*.

Les composés du phosphore, *phosphates* et hypophosphites, ont été à un certain moment vantés presque comme des spécifiques de la tuberculose. On a dû en rabattre beaucoup; il reste cependant certain que les phosphates jouent un rôle considérable dans la nutrition et que leur emploi est par là très légitimé dans le traitement de la phthisie.

Dujardin-Beaumetz prescrit aux tuberculeux constipés, qui ne peuvent supporter l'usage du quinquina, de prendre à la fin de chaque repas un verre à liqueur du vin composé suivant :

Phosphate de soude	6 grammes.	
Phosphate de potasse	3	—
Vin de Bagnols	200	—
Sirop d'écorces d'oranges	60	—

Enfin il faut dire un mot de la question des *ferrugineux*, qui a donné lieu à tant de controverses. — On sait combien Trousseau était opposé à l'usage du fer qu'il accusait de favoriser les hémoptysies des tuberculeux; depuis, Gallard et Peter l'ont considéré comme nécessaire au relèvement des forces. Dujardin-Beaumetz le croit surtout contre-indiqué à cause de l'irritation gastro-intestinale que déterminent souvent les préparations martiales.

3° Traitement des symptômes prédominants et complications.

A. l'hémoptysie est l'incident le plus émouvant de l'évolution tuberculeuse, bien qu'elle soit loin d'être toujours liée à celle-ci, comme le croient en général les gens du monde. Sa fréquence est très variable; il y a des formes, particulièrement chez les sujets torpides et strumeux, dans lesquelles de vastes excavations ont pu se constituer sans que le moindre crachement de sang soit venu effrayer le malade; en regard, il faut placer cette phthisie des arthritiques où les hémoptysies sont précoces et fréquentes, sans que le pronostic en soit plus assombri. Néammoins elles jettent l'épouvante dans la famille, et il faut être prêt à les combattre énergiquement. Il y a aussi, comme on le sait, une distinction importante à établir entre les hémoptysies du début, modérées en général causées par la congestion circumtuberculeuse, et ces hémorrhagies, parfois foudroyantes, causées par la rupture des vaisseaux anévrysmatiques qui serpentent sur les parois des cavernes. (Damaschino).

Sans énumérer tous les moyens usités pour arrêter les hémoptysies, nous rappellerons qu'on peut recourir à l'un des suivants: 1° injections sous-cutanées (une demi-seringue toutes les deux ou trois heures) de la solution d'ergotine de Bonjean à 2 grammes pour 30 (Moutard-Martin) — 2° de 5 à 10 des pilules hémostatiques suivantes:

Ergotine Sulfate de quinine	} ââ 2 grammes
Poudre de digitale Extrait de jusquiame	} ââ 0,20 centigrammes

pour 20 pilules (Huchard). — 3° 10 à 20 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau sucrée. 4° l'ipéca à dose vomitive (Trousseau). Ne pas oublier les précautions adjuvantes: immobilité et silence absolus dans une chambre à températu re fraîche, sans être froide, et de petites doses de morphine pour calmer la toux fatigante qui accompagne et entretient l'hémoptysie.

B. Sueurs. L'agacir blanc, l'acétate de plomb, le tannin ne nous ont pas paru agir bien efficacement. Au contraire le *sulfate neutre d'atropine* a fait ses preuves, et c'est à lui que nous conseillons de recourir d'emblée. Vulpian emploie des pilules d'un demi-milligramme, de une à trois, en les espaçant de deux en deux heures avant l'arrivée des sueurs, en ne prolongeant pas la médication plus d'une quinzaine de jours et en guettant les phénomènes délirants qui dénotent l'intoxication.

D'ailleurs, la médication tonique est encore le meilleur moyen de faire diminuer les sueurs, puisqu'elles sont sous la dépendance de l'affaiblissement. Rappelons que Lasègue conseille les bains tièdes pour les modérer.

C. Les vomissements sont un cruel ennemi des tuberculeux. Ils peuvent être précoces, et faire partie du cortège de la *dyspepsie prémonitoire* que Bourdon a fait connaître; ils trahissent, comme les palpitations, l'irradiation à la sphère stomacale et cardiaque des nerfs pneumogastriques, de l'irritation morbide que subissent leurs filets pulmonaires. D'autres fois, ils sont la conséquence mécanique des quintes incessantes de cette toux que Pidoux a si bien nommée *émétisante*. On fait prendre avant le repas une goutte de laudanum dans une petite cuillerée d'eau (Peter), ou une pilule d'un centigramme d'extrait de belladone (G. de Mussy). On applique un petit vésicatoire volant au creux épigastrique. Pidoux préconise la noix vomique, qui a l'avantage de stimuler l'appétit, mais qu'il faut éviter, quand le vomissement s'accompagne de gastralgie.

D. La diarrhée est surtout justiciable de la viande crue et du lait. On en vient à bout quand elle n'est qu'un catarrhe intestinal. Si elle reconnaît pour causes des ulcérations étendues de l'intestin, on sait qu'elle est colliquative et rebelle à toute médication.

E. La fièvre, symptomatique des poussées congestives, ne peut être utilement combattue que par les moyens indiqués contre l'élément congestif, et les antithermiques échouent contre elle. On peut lutter plus avantageusement contre la fièvre dite de résorption, symptomatique d'une sorte de septicémie que cause la stagnation du pus dans les cavernes. Si elle revêt une forme franchement intermittente, elle est quelquefois modifiée heureusement par de faibles doses de sulfate de quinine. M. le professeur Jaccoud préfère l'acide salicylique, surtout dans la forme rémittente; il donne de 1 à 2 grammes de ce médicament par cachets de 50 centigrammes. Quand l'estomac ne tolère rien, il fait des injections sous-cutanées d'une solution à parties égales d'eau et de salicylate de soude (1).

F. Il est enfin un symptôme extrêmement pénible qui est à peu près constant aux périodes ultimes de la tuberculose, c'est une *dyspnée* continue qui tient à la diminution du champ de l'hématose et qui prend à certains moments, vers le soir en général, une allure paroxystique. Nous avons une précieuse ressource en ces cas dans les injections hypodermiques de morphine; il faut avoir usé de ce moyen pour savoir combien les propriétés excitantes et toniques de la morphine à petites doses réveillent l'activité de toutes les fonctions, diminuent la dyspnée et stimulent le cerveau. Que de fois, pour notre part, nous avons

(1) Curabilité et traitement de la phthisie, 1881.

ainsi galvanisé pendant des semaines et des mois de malheureux phthisiques qui paraissaient chaque jour sur le point de succomber!

Nous terminerons ce résumé de la thérapeutique actuelle de la phthisie par un court parallèle des deux médications thermales qui ont été à tort posées en rivales et qui, bien plutôt, *se suppléent et se complètent* admirablement dans le traitement de la tuberculose (G. de Mussy).

Les eaux sulfureuses, grâce à leur élimination par la muqueuse pulmonaire, en modifient et en tarissent les sécrétions; elles donnent un coup de fouet énergique aux organismes appauvris, en activant la circulation; d'autre part, elles ont une action excitante snr la peau et agissent par révulsion sur toute la surface tégumenteuse. Mais leur effet stimulant peut dépasser la limite convenable, accroître la congestion pulmonaire jusqu'à l'hémoptysie, et faire naître une diarrhée épuisante en irritant la muqueuse digestive. Elles conviennent donc aux formes torpides des strumeux, aux périodes atoniques, aux cas où les lésions tuberculeuses ne sont pas trop avancées et où le tube digestif est en bon état.

Les eaux arsénicales s'adressent surtout à la nutrition qu'elles relèvent admirablement; elles agissent moins directement sur l'élément bronchitique; mais, sous leur influence, l'appétit renait, *l'embonpoint* s'accroît, et l'accomplissement plus régulier des grandes fonctions de l'organisme rend plus facile la réparation des lésions pulmonaires. C'est aux formes congestives qu'elles conviennent, à la phthisie des arthritiques.

Parvenu à la fin de cette course rapide à travers un sujet si vaste, nous sentons combien il resterait de points importants à examiner encore pour répondre aux exigences innombrables de la pratique; mais les détails spéciaux ne pouvaient guère trouver place dans une revue d'ensemble et seront abordés plus utilement dans des articles distincts.

Paul Gerne

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE CANTONALE

NEUVIÈME LETTRE *(suite)*

II. Circonscriptions composées d'une seule commune.

C'est M. de Salvandy (projet de loi soumis à la Chambre des députés le 3 janvier 1848) qui demanda la division du service médical gratuit en autant de circonscriptions médicales qu'il y avait de communes. « *Les médecins communaux*, disait l'article 29, seront nommés pour dix ans par les Préfets, sur une liste dressée par le Conseil médical (1) du département, après examen et classement des candidats. L'étendue de leur circonscription, le lieu de leur résidence, et leur traitement seront fixés par les conseils généraux sur la proposition des préfets. » — La Faculté de médecine de Paris trouva dans cet article une protection suffisante pour l'indépendance du médecin : « L'article 29, disait-elle, en conférant aux Conseils médicaux le droit d'opérer le classement et la présentation des candidats, ne permet plus de craindre que la nomination des médecins communaux devienne, entre les mains de l'administration, un moyen de faveur ou d'influence politique. » — La Faculté de médecine de Strasbourg demanda l'application de ce système au ministre de l'instruction publique.

Nous ne pouvons partager cet optimisme. La faveur et l'influence politique existent avec ce système comme avec les autres. Le seul moyen de les annuler est de laisser à l'indigent le choix de son médecin, de ne jamais le lui imposer.

M. de Salvandy pensait que la création de médecins communaux engagerait les praticiens à s'établir dans les campagnes, et que le trop plein médical des villes serait ainsi facilement combattu. Mais il faudrait qu'il y eut 36.000 médecins en France, et il n'y en a guère qne la moitié (15.431 en 1872) — Il est vrai de dire que des communes rapprochées pourraient n'avoir qu'un même médecin communal, mais c'est dans ce cas particulier qu'il y a le moins besoin d'une organisation. On n'a jamais constaté, en effet que les indigents des communes qui possèdent un médecin sur leur territoire ou sur un territoire voisin, ne fussent pas secourus, même alors que ces communes ne s'imposent aucun sacrifice.

Le nombre des médecins qui tend encore à diminuer (1) s'oppose à l'établissement de médecins communaux. Et puis il faut convenir qu'il ne pourrait se produire que dans les communes qui ont un bureau de bienfaisance, c'est-à-dire une commission chargée de centraliser les dons et les legs faits à la commune, de chercher les moyens

(1) Les conseils médicaux, dont le congrès médical de 1845 avait demandé l'institution, étaient destinés à remplacer les jurys médicaux, et composés en nombre proportionné aux besoins du service d'un tiers de médecins et d'un tiers de pharmaciens, nommés pour cinq ans, dans chaque département, ou même s'il y avait lieu dans chaque arrondissement par le ministre de l'instruction publique (art. 47). — Dans les départements qui n'ont point d'écoles préparatoires ni d'écoles supérieures de pharmacie, les membres de ces conseils désignés par l'administration devaient remplir les fonctions attribuées aux jurys médicaux pour la visite des officines de pharmacie.

Ces conseils médicaux devaient veiller à l'exécution des lois régissant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, etc. etc.

(1) En 1847 il y avait en France 10.643 docteurs, soit 1 pour 3.244 habitants.

En 1865 il y avait en France 11.525 docteurs, soit 1 pour 3.244 habitants.

(L'annexion de Nice et de la Savoie nous a donné 260 docteurs)

En 1872 il y avait en France 10.766 docteurs, soit 1 pour 3.353 habitants.

En 1847 il y avait en France 7456 officiers de santé.

En 1865 il y avait en France 5624 officiers de santé.

En 1872 il y avait en France 4665 officiers de santé

Paul Bert, rapport sur les Facultés de médecine.

d'augmenter les ressources de la charité, d'exercer sur le service médical gratuit, non pas une surveillance, mais une influence salutaire en le mettant à la portée de tous les indigents. Or en 1871, il n'y avait que 13.365 bureaux de bienfaisance dont la plupart étaient sans ressources.

— Le service de la médecine communale ne fonctionne que dans 4 départements :

Gers. — Le département n'intervient que par voie des subventions il accorde 4000 francs.

Orne. — Des souscriptions recueillies dans chaque commune sont réunies aux receveurs municipaux et réparties par une commission charitable.

Basses-Pyrénées. — Le département alloue 8000 fr. Le service est organisé dans 250 communes sur 558. La dépense (45000 fr.) est acquittée jusqu'à concurrence d'environ 40000 fr. par les communes et les bureaux de bienfaisance. — Il y a des abonnements (nous ne savons sur quelle base) avec les médecins.

Ille-et-Vilaine. — Le médecin reçoit une indemnité annuelle fixée à 0 fr. 60 par indigent lorsque le médecin ne donne que les soins médicaux et à 0 fr. 90 quand il fournit les médicaments. Il doit vacciner gratuitement les indigents de sa commune et s'assurer si la vaccination a réussi afin de la réitérer, s'il y a lieu. Il lui est alloué, comme à la sage-femme, une somme de 6 fr. pour chaque accouchement d'une femme portée sur la liste des indigents.

Dans ce département pauvre :

La proportion des indigents à la population est de 1 indigent sur 11 habitants.

La moyenne des indigents par communes est de............	140 indigents
La moyenne des indigents par médecin est de................	313 —
La recette moyenne par médecin est de.........................	245 francs.
La dépense par indigent inscrit. est de..........................	1 —

Un médecin d'Ille-et-Vilaine nous écrit qu'il a, pour sa part, 474 indigents à 0 fr. 90 ce qui lui rapporte 426 fr. 60, sans compter les accouchements à 6 fr. chaque.

Le département donne une allocation de 20,000 francs.

Les médecins des Côtes-du-Nord, tout en reconnaissant en principe leurs préférences par le système consistant à laisser au malade le libre choix de son médecin, ont présenté au Conseil Général (en 1881) un projet d'assistance établi sur les mêmes bases que dans l'Ille-et-Vilaine, c'est-à-dire sur la désignation d'un médecin par commune. Les modifications qu'ils y ont apportées résultent de ce que les médecins, moins nombreux dans leur département que dans l'Ile-et-Vilaine, auraient eu de trop grandes distances à parcourir.

Dans ce projet, le médecin chargé du traitement des malades indigents, de la vaccination, et, en général, de tout ce qui concerne la santé publique, reçoit une indemnité de 1 fr. par tête d'indigent inscrit sur la liste de la commune. Le médecin qui fournit les médicaments reçoit en plus 0 fr. 50 par tête d'indigent inscrit. L'accouchement d'une femme indigente est payé 6 francs au médecin et à la sage-femme. (Le reste du projet reproduit l'organisation de l'Ille-et-Vilaine).

Les dépenses de ce service s'élèveraient à 50,000 fr. environ, tandis que l'adoption du système qui laisse au malade le choix de son médecin entraînerait une dépense de plus de 80,000 francs. C'est cette considération qui a décidé les auteurs du projet que nous venons d'analyser.

Nous ne devons pas nous arrêter devant une impossibilité financière qui, si elle existe aujourd'hui, doit disparaître bientôt. L'Etat a des devoirs, et le médecin ne doit pas plus longtemps se laisser duper.

Chapitre III.

Circoncription par canton. Traitement fixe et traitement proportionnel aux visites et consultations.

C'est le projet Eugène Tallon et Fournier, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 25 mars 1872. Il crée dans chaque canton un médecin de l'assistance, toutefois les médecins d'un même canton ont la faculté de se constituer, sans l'approbation du Préfet, en association ou syndicat pour se charger conjointement du service. L'étendue de la circoncription à desservir par chacun d'eux, le *lieu de leur résidence*, l'indemnité fixe qui leur sera allouée (*elles ne peut être inférieur à 600 fr.*), le prix des visites et des consultations sont fixés par les Conseils généraux. Dans le cas où une association ou syndicat aurait été formé entre les médecins du même canton, le montant de l'indemnité fixe et des allocations proportionnelle est attribué à chacun deux au prorata de ses visites ou consultations. *Les indigents choisissent leurs médecins.*

Nous n'avons rien à dire de particulier de ce projet qui mérite à notre avis les mêmes critiques que les modes d'assistance que nous avons déjà étudiés. Nous en reparlerons quand il s'agira de l'institution des bureaux de bienfaisance que MM. Tallon et Fournier veulent établir dans chaque commune (art. 3, section 1er de leur projet).

(*à suivre*) Dr Mignen.
(*de Montaigu*).

REVUE ÉTRANGÈRE

I

REVUE DES JOURNAUX SUÉDOIS

N. Holm : **Sur les syphilides ulcératives précoces**

L'auteur a recueilli, dans la 4e division de l'hôpital communal de Copenhague (médecin en chef M. le Dr Engelsted), 24 cas de syphilides ulcératives précoces, traités dans la période décennale de 1870-1879, et formant la base principale du présent travail. Ces affections peuvent se présenter promptement après l'apparition du chancre comme première éruption de la peau ou à la suite de cas légers de nature ordinaire. On peut donc distinguer avec Guibout entre la *syphilis maligne primitive ou précoce* et la *syphilis maligne tardive ou consécutive*. De la

première forme, il ne se présenta que 5 cas à l'hôpital précité pendant la période ci-nommée. Il est impossible de conclure à la syphilis maligne, ni de la durée de l'incubation, ni de la nature et de la localisation du chancre, ni enfin de la nature des prodromes. L'efflorescence apparaît au plus tard 2 mois après le chancre, parfois presque immédiatement, sous la forme de papules disséminées, de pustules, de bulles, ou de tubercules, sur presque tout le corps, qui s'ulcèrent et se dessèchent rapidement avec des croûtes, sous les formes d'impétigo, d'ecthyma ou de rupia de la grandeur d'un pois jusqu'à celle d'une pièce de deux couronnes (dimensions de l'ancien écu de 3 livres de France) ou au-dessus. D'ordinaire, c'est la face et la partie chevelue de la tête qui sont les premières attaquées, mais les autres régions suivent rapidement. De nouvelles ulcérations se développent à côté des anciennes, et cela peut continuer ainsi plusieurs mois en dépit du traitement le plus énergique. Ordinairement, état général souffrant à un haut degré; débilité prononcée, amaigrissement rapide, désordres gastriques, aspect anémique, hébété ou souffrant, en combinaison avec des accès de fièvre et des céphalagies violentes. Simultanément avec les ulcérations de la peau se présentent d'autres symptômes constitutionnels : papules, pustules, ulcérations des muqueuses, affections des os et du système nerveux central, etc. La syphilis maligne primitive ne cède au traitement qu'avec une excessive lenteur, et la mort est assez fréquemment la suite d'affections viscérales. (Elle survint chez 2 des 5 malades précités entre 10 et 20 mois après l'infection.) Cette circonstance, jointe aux communications de Boeck et de Dubuc, permet d'admettre que la syphilis galopante aiguë est accompagnée d'une mortalité dépassant de beaucoup celle de la syphilis ordinaire.

La forme tardive est moins atypique, le chancre y étant suivi de légères éruptions secondaires de l'espèce commune, telles que des syphilides en forme de plaques, de papules et de pustules, surtout peu de temps après des efflorescences éruptives, sans que toutefois l'état général empire d'une façon aussi constante que dans la première forme. Dans les 19 cas de l'hôpital communal, les ulcérations étaient apparues entre 3 et 6 mois après l'infection, et, à l'opposé de celles qui accompagnent la syphilis maligne primitive, elles s'étaient pendant ce temps groupées ou confinées dans certaines régions. Elles concordaient du reste avec les premières au point de vue du développement et des allures, mais elles étaient moins rebelles au traitement antisyphilitique, et ne paraissaient pas avoir une aussi grande tendance à récidiver. Les syphilides ulcératives étaient accompagnées simultanément d'affections secondaires et tertiaires de la même façon que dans la syphilis galopante primitive. Il n y a qu'un seul cas de mort parmi les 19 malades, et la prognose est en général meilleure pour la forme tardive.

Quant à l'étiologie, il est à peine possible de douter que la prédisposition des individus à la contagion et les conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent, etc., ne jouent un rôle plus ou moins considérable; il faut cependant admettre, en outre, l'existence d'une prédisposition interne, quand on voit des syphilides malignes attaquant des individus vivant dans des conditions favorables. La supposition que le contage possède certaines particularités qualitatives perd de sa probabilité par le fait que la femme syphilitique peut communiquer dans le même temps une syphilis bénigne et une syphilis maligne, de même qu'il a été possible de trouver par la confrontation, une syphilis très ordinaire comme l'origine d'une syphilis maligne. Les observations faites à l'hôpital communal sont de nature à faire naître des doutes sur l'opinion que le chancre phagédénique disposerait au développement de la syphilis maligne (Bassereau, Bazin, Dubuc); l'expérience de Boeck paraît aussi contredire cette opinion. Les hommes sont plus fréquemment attaqués que les femmes, et, à l'hôpital, les syphilides ulcératives précoces étaient fréquentes chez les malades qui avaient passé la jeunesse. Il résulte d'une petite statistique sur les hémiplégies précoces, les formations gommeuses et les maladies des os, c'est-à-dire toutes les affections malignes précoces, que ces affections peuvent être, à tout prendre, considérées comme assez fréquentes chez les individus plus âgés.

La diagnose donne rarement lieu à des difficultés, surtout quand il existe un symptôme initial. Une confusion avec la variole est possible quand la syphilis a débuté par de nombreuses pustules disséminées sur tout le corps et par une fièvre prononcée. La caractéristique est à cet égard que l'efflorescence varioleuse est plus homogène dans son aspect extérieur, qu'elle fait irruption en une fois, que les croûtes se forment un peu plus tard, et que la dépression centrale fait défaut dans les syphilides; la variole a une marche aiguë et typique. La confusion avec la gale et la pédiculose est possible, quand ces dernières maladies ont duré longtemps et provoqué de ce fait une foule d'ulcérations croûteuses de la peau, en même temps que le malade a pris une apparence cachectique due à la misère ou à des insomnies persistantes provoquées par la démangeaison. Il y a lieu de se rappeler que la démangeaison manque ou qu'elle est du moins insignifiante dans la syphilis; en outre, l'eczéma et la pruriginosité de la peau conduira sur la vraie trace, jusqu'à ce que la découverte de parasites enlève chaque doute sur la nature de la maladie. La lèpre et le lupus sont, dans la règle, des maladies chroniques si prononcées, qu'une erreur diagnostique est à peine possible, et l'efficacité du traitement antisyphilitique fournira dans chaque cas un bon signe distinctif. Le traitement antisyphilitique est difficile dans la syphilis galopante primitive, vu qu'il doit être continué pendant longtemps, et que l'état général du malade peut contre-indiquer l'emploi de moyens spécifiques. Alors on emploiera avec succès des fébrifuges et des roborants. A l'hôpital, des onctions ont donné parfois de bons résultats; à d'autres occasions, il s'est montré plus avantageux de les combiner avec une mixture d'iodure de potasse et des médicaments roborants. Quand, après un traitement de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois, on n'obtient pas une amélioration évidente, et que de nouvelles ulcération continuent à se développer, on doit, s'il est possible, éloigner le malade de sa demeure ou de l'hôpital, et l'envoyer à la campagne ou lui faire prendre des bains de mer. On obtint un excellent résultat de ces mesures chez un malade dont l'auteur donne l'observation morbide. Il faut se tenir sur l'expectative à l'égard de l'efflorescence pendant qu'elle forme une croûte sèche, la croûte constituant un élément protecteur pour les ulcérations, sans retarder la marche de la guérison. C'est seulement à l'égard de la figure qu'il peut être indiqué d'éloigner les croûtes, vu qu'un traitement de nature à provoquer une légère irritation (p. ex. en appliquant avec un pinceau une solution d'azotate d'argent ou en se servant d'*ung. fuscum*), peut donner naissance à des granulations abondantes, ce qui empêche les cicatrices de

devenir profondes et défigurantes. Au commencement de la maladie, on n'emploiera que rarement des bains chauds, le malade en souffrant et l'ulcération devenant plus douloureuse quand les croûtes sont continuellement éliminées. Le traitement des ulcérations et des cicatrices aura lieu, du reste, suivant les règles ordinaires. Le traitement de la syphilis galopante tardive est plus facile et donne de meilleurs résultats. On employa à l'hôpital le traitement mixte avec le plus grand succès : de 9 malades, 6 sortirent parfaitement guéris et 3 presque guéris; quand l'on n'employait que l'un des remèdes, l'effet était plus lent et moins sûr : de 10 malades, 2 parvinrent à une guérison complète, 2 furent sensiblement améliorés, pour les résultats du traitement furent nuls, 1 mourut de phthisie pulmonaire, et avait souffert, en outre, d'une tuméfaction considérable du foie et de la rate. (Aucune autopsie n'eut lieu). Des 5 malades avec syphilis galopante primitive, 2 moururent, comme il a été dit (l'un d'une affection cérébrale spécifique, l'autre d'un abcès dans la région lombaire, partant d'une ostéite de la crête iliaque, de tuméfaction de la rate, de pleurésie sin. et d'œdème des poumons), deux guérirent entièrement (l'un, toutefois, seulement après 2 années de traitement continu), et le malade sortit sans être amélioré.

(*Nordiskt Méd. Arkiv.*)

II

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Le fascicule de septembre du « Practische Arzt » publie un long et remarquable article du docteur *Hoogen*, sur le *chancre vénérien*. En voici les principaux passages.

Après quelques considérations sur la théorie dualiste, l'auteur cherche à établir que l'infection syphilite peut suivre le chancre mou, de même que le chancre induré peut n'être qu'une ulcération purement locale. Il cite Koebner, qui, en 1864, disait déjà : 1° Le chancre mou n'est pas toujours une lésion locale. 2° Il apparait après contact avec des chancres jusqu'alors indurés. 3° Le chancre infectant n'est pas toujours induré. 4° L'induration n'est pas toujours suivie d'infection. Vidal, en 1872 (*Gazette hebdomaire de médecine et de chirurgie*), cite trois cas de syphilis constitutionnelle à la suite de chancres mous et Lewin, dans un journal de Berlin proposait, l'année suivante, de rejeter complètement les dénominations de chancre induré et de chancre mou. Il faudrait donc dire, il existe : 1° Un chancre simple ou non infectant qui, mou la plupart du temps, peut cependant être induré, 2° Un chancre infectant qui, généralement induré, peut être mou et rester tel jusqu'à sa guérison.

A l'appui de ces conclusions, l'auteur cite les observations de cinq malades infectés par la même femme. Il s'étend beaucoup sur les raisons qui lui font croire à la véracité de ces personnes. Le coït n'aurait eu lieu qu'une fois et ce qui le lui fait croire, c'est qu'il aurait été pratiqué « statim post invitationem, » *in Gottes freier natur*, expression allemande qu'on pourrait traduire « en pleine nature et sous l'œil de Dieu. »

Chez quatre malades les ulcérations se montrèrent dans une période de deux et demi à cinq semaines après le coït infectant. C'étaient des chancres mous, multiples (cinq) chez un malade, solitaire chez les autres. Deux de ces chancres guérirent en quatorze jours, avec une médication purement externe; le troisième présenta, après quelques semaines, une induration secondaire à la base, qui ne céda qu'à un traitement mercuriel; chez le malade qui en avait cinq, on ne parvint à en guérir trois qu'après un traitement interne prolongé, deux s'indurèrent et laissèrent, après leur guérison, une cicatrice indurée. Des accidents secondaires parurent dans les quatre cas de sept à neuf semaines après l'infection.

Le cinquième malade était un pauvre diable cachectique et marié, dans l'habitation duquel, la femme en question avait eu des fréquentations. Il présenta trois ulcérations qui ne tardèrent pas à s'unifier et à prendre un caractère phagédenique. Il eut également des accidents secondaires et un bubon suppuré. Les autres malades n'avaient eu qu'une induration des ganglions inguinaux.

Plus tard, M. Hoogen eut à traiter deux enfants atteints de chancres des lèvres et d'éruptions syphilitiques qui provenaient d'une maison dans laquelle la femme avait logé. Il ne peut savoir si, à l'origine, les chancres avaient été mous ou indurés.

L'auteur termine en disant que l'accident primitif infectant n'a pas de signe pathognomonique; on ne fait, en général, qu'un diagnostic par à peu près, et on n'a de certitude qu'après l'apparition des accidents secondaires. Si les affirmations d'Auspitz et d'autres auteurs qui ont préservé beaucoup de personnes de l'infection par l'excision des chancres, se confirment, la doctrine dualiste de Ricord se trouve annulée surtout en ce point, que l'on ne peut plus considérer le chancre huntérien comme la première manifestation de la syphilis généralisée; sans proclamer d'emblée la victoire des unitairiens, on peut dire que la question des rapports du chancre avec la syphilis n'est pas encore résolue.

***

Du traitement de la coqueluche, *par R. Elben de Stuttgart*. — L'auteur a traité la coqueluche de bien des façons : Il a essayé les inhalations de tannin, la quinine à l'intérieur, les insufflations de quinine et de bicarbonate de soude. Il en revint à la belladone, au chloral et à la morphine. Dans les cas particulièrement graves où les enfants étaient en danger, par privation de sommeil ou vomissements de toute nourriture, des doses hardies de morphine lui ont donné de bons résultats; il faut, bien entendu, apporter dans l'administration de ce médicament une grande prudence et veiller aux premiers symptômes d'intoxication. Le bromure de potassium a amélioré certains cas, mais dans d'autres n'a produit aucun résultat.

Dans trois cas, M. Elben eut occasion d'essayer l'oxalate de cérium préconisé par Morgé. Il fut étonné de voir chez des malades gravement atteints, notamment au point de vue de la toux et des vomissements, une amélioration progressive telle qu'il négligea toute autre médication. Dans un cas, il suspendit l'emploi de l'oxalate de cérium et le remplaça par la morphine, ou même supprima tout traitement. Chaque fois la maladie s'aggravait, de façon que l'on pût croire à une action spécifique du médicament. La dose est chez des enfants de un à sept ans de 0.03 à 0'18 d'oxalate en poudre à prendre en une fois à jeun; plus tard, et dans la soirée, une deuxième dose semblable.

(*Extrait de l'Allgemeine Medicinische Central-Zeitung.*)

Dr FISCHER.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Circulaire du secrétaire de la commission générale des syndicats.

Monsieur et très honoré confrère,

Le *Concours médical* a récemment institué une commission générale des syndicats. L'éloignement des membres de cette commission entraînera nécessairement une certaine lenteur dans son action, et un certain retard à son fonctionnement, une entente préalable étant indispensable pour établir l'unité de vues. Je viens donc, comme secrétaire de cette commission, vous soumettre un programme dont chaque partie sera traitée successivement, mais à des intervalles aussi rapprochés que possible. J'adresse le même programme à tous les membres de la commission dont les noms ont été publiés par le *Concours,* avec prière de me faire connaître leurs vues personnelles sur chaque point.

Aussitôt quej'aurai reçu les renseignements demandés, je préparerai un travail qui vous sera soumis; il me reviendra revêtu des observations de chacun pour être révisé dans le sens indiqué par le plus grand nombre et, finalement envoyé au *Concours.*

Programme.

A. — Invitation au corps médical en général à former des syndicats. — Formule. Indiquer les points principaux sur lesquels il est utile d'insister.

B. — Invitation à des confrères non syndiqués, mais voisins de syndicats, à s'agréger aux syndicats déjà créés. — Formule.

C. — Cadre de statuts très large, très général et répondant aux questions suivantes.

1°. Quelle doit être la circonscription du syndicat? — Doit-elle être la même qu'une circonscription administrative?

2°. Doit-on admettre des subdivisions, ou cercles? — Leur délimitation?

3°. Combien de réunions annuelles? — Où? — Générales? — Partielles? *Quid* des absents?

4° Rapports des médecins syndiqués entre eux. — Règles générales permettant des relations réellement confraternelles.

5°. Rapports avec les Sociétés de secours mutuels. — Avec les pouvoirs publics.

6°. Tarif minimum d'honoraires. — Leur recouvrement. — Etablissement ou non du *livre noir.* — S'il est admis, quelles conditions il doit remplir.

7°. etc., etc.

Chaque partie de ce programme pouvant se traiter séparément, vous voudrez bien m'adresser vos notes dans l'ordre indiqué à mesure que vos occupations vous permettront de travailler à l'œuvre commune. Cela me permettra de hâter l'ensemble.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr Ad. B. Dulaurier.

II

Commission générale des syndicats.

MM.

Cauchy, de la société médicale du Nord-Est à Bapaume (Somme).

Chayron, Secrétaire du syndicat de la Gironde, à Villefranche (Dordogne).

Cassius, Secrétaire du syndicat de Lot-et-Garonne, à Layrac (Lot-et-Garonne).

Maussaire, Président du syndicat de la Haute-Saône à (Vesoul).

Margueritte, du syndicat du Havre au Havre, (Seine-Inférieure).

Mignot, Président du syndicat de la Nièvre, à (Pangues).

Mignen, Président du syndicat de la Vendée, à Montaigu.

Noir, Président du syndicat de la Haute-Loire, à Brioude.

Secrétaire de la commission: M. le Dr *Barat-Dulaurier,* vice-président du syndicat de la Gironde. *(à Saint-Saturnin, par Saint-Seurin sur-l'Isle, Gironde),*

III

Les syndicats et l'association générale

A.

Depuis bien des années le corps médical accuse de nombreuses souffrances. Les services qu'il peut rendre sont exploités de toutes les façons. Les lois qui régissent l'exercice de la médecine et qui devraient nous protéger sont surannées ou inapplicables. Aussi, obéissant à l'inspiration du *Concours médical,* on voit se former partout des groupements de médecins qui cherchent, par leur action commune, à relever la dignité professionnelle compromise et à mettre le taux de leurs honoraires en harmonie avec l'augmentation de toutes les choses nécessaires à la vie.

Et c'est au moment où cette agitation se produit et se généralise,que nous voyons le *Conseil général de l'Association* des médecins de France venir nous inviter, par l'organe de son Président, à dormir tranquillement pendant que nos législateurs s'occuperont,.. de tout autre chose que de nos intérêts !! C'est à n'y pas croire ! — Vous souffrez, vous avez de légitimes besoins, vos doléances sont incontestablement justes, la loi elle-même est impuissante à vous protéger d'une manière efficace ; mais en revanche les magistrats sont, à votre égard, d'une exigence que je puis dire terrible, etc. — Tout cela est exact,mais qu'importe? Attendez sous l'orme le bon plaisir de vos législateurs ! Eh bien ! malgré toute la déférence que nous avons pour le talent et le caractère de l'honorable M. H. Roger nous ne pouvons nous contenter d'assister impassibles à l'évanouissement de nos justes espérances, à l'abandon de tous nos intérêts les plus chers.

Les proverbes sont, dit-on, la sagesse des nations. Or, j'ai toujours ouï dire : « Aide-toi, le ciel t'aidera. » Aidons-nous donc les uns les autres, et, afin de nous aider d'une manière efficace, unissons nos efforts pour créer des syndicats professionnels.

Bien des conseils ont été donnés à ce sujet, et il ne pa-

raît pas que la question ait encore été résolue d'une façon définitive. Nous avons la conviction que la période de tâtonnements ne sera pas de longue durée, grâce aux efforts de chacun.

Il ne s'agit point de chercher à arriver à la perfection d'emblée. Tout doit être perfectible, aussi bien nos règlements syndicaux, que toutes les institutions humaines. Mais avant tout il faut faire quelque chose. Aussi pensons-nous qu'il y a urgence à publier le travail de M. le docteur Cauchy qui renferme d'excellents conseils. Bien des confrères qui voudront se constituer en syndicats, pourront les prendre pour base de leur association.

Toutefois, nous devons ici donner notre avis *personnel* sur un point : Nous ne pensons pas qu'il soit opportun de chercher, *dès maintenant*, le groupement par arrondissement. Si c'est le plus rationnel, ce n'est pas le plus pratique. Aussitôt que six, huit, dix médecins pourront s'entendre, qu'ils forment un noyau de syndicat. Ce noyau fera boule de neige et s'agrégera de nouveaux confrères, à mesure que ceux-ci reconnaîtront les avantages de l'association. Le groupe ainsi constitué, et grossissant sans cesse, pourra enfin embrasser toute une circonscription administrative et devenir *syndicat d'arrondissement*. Cette méthode, allant du simple au composé, nous paraît plus immédiatement applicable que tout autre. Après tout, ce ne sont point des intérêts administratifs que nous recherchons : ce sont ceux du corps médical, et ceux-ci sont partout les mêmes. D'ailleurs l'expérience nous a démontré déjà l'excellence de ce procédé. Notre syndicat (1) renferme des confrères appartenant à quatre départements, et il n'en fonctionne pas moins bien pour cela, et il n'en a pas moins commencé à donner des résultats dont chacun de nous se tient pour satisfait.

Dr Ad. B. DULAURIER,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

B.

Monsieur le Directeur,

Ce n'est pas sans un étonnement, un pur chagrin qu'un certain nombre de nos lecteurs ont dû lire la circulaire du Président de l'Association générale, relative au mouvement syndical qui se propage si rapidement parmi les membres de la profession médicale en France.

Il est évident, pour quiconque a lu attentivement ce document, que les intentions de M. Roger sont excellentes et qu'il cherche simplement à dégager ou à détourner de toute intervention active prématurée (et, par conséquent, illégale jusqu'au vote de la future loi des syndicats professionnels) l'état-major central et départemental de notre grande Association. L'intention est louable en soi : qui blâmerait son président d'une prudence trop justifiée par une longue période de défiance et de compression à l'égard de l'association sous toutes ses formes? Il était naguère si facile de se compromettre, qu'on a conservé du passé, sous un gouvernement dont le libéralisme saute aux yeux les plus prévenus, une circonspection un peu timorée, bien excusable si l'on ne songe qu'aux bienfaits réalisés déjà par l'Association générale des médecins en France et à ceux qu'on doit en atteindre dans l'avenir.

Mais l'opportunité du manifeste peut au moins se discuter. Pourquoi venir jeter, sur le mouvement qui pousse les membres de la profession à s'unir, cette réfrigérante circulaire, quand les médecins qui ont compris la puissance de l'Association syndicale ont tant de peine à secouer l'indifférence de confrères que le découragement a immobilisés dans une résignation douloureuse, dans un fatalisme tout oriental?

Quel inconvénient donc voit-on à ce que les médecins s'organisent en attendant une loi qui ne saurait tarder et en vue même de profiter des avantages qu'elle assurera, comme aux autres professions? — Loi qui sera certainement votée cette année et que le Sénat, amélioré lui-même, ne pourra qu'améliorer aussi, s'il la modifie. — Ce ne serait pas la première, témoin celle sur le droit de réunion. Pour provisoire que doive rester cette organisation, ne vaut-elle pas mieux que l'émiettement qui est notre régime depuis... toujours! Et ne vaut-il pas mieux agir avec des moyens provisoires, que ne pas agir du tout!...., Non, l'Association pouvait officiellement s'abstenir sans le crier sur les toits, sans provoquer à l'abstention.

Les syndicats doivent-ils nuire à l'Association générale, comme on semblerait le craindre? Mais tous prêchent l'affiliation à la grande Société; beaucoup l'imposent à leurs membres, sans s'arrêter au scrupule, plus sagement libéral peut-être, qui a retenu leurs congénères; presque tous, en cas d'insuccès ou de dissolution, s'engagent à verser à la caisse des pensions et retraites de l'Association le reliquat de leurs fonds; ceux qui ne l'ont pas dit, l'ont certainemeu oublié.

On nous invite à attendre le vote définitif de la loi, pour « chercher, tous ensemble, les moyens de profiter « de l'institution nouvelle sans compromettre l'institu- « tion ancienne dont le temps a consacré la grandeur « morale et la prospérité matérielle. » — Mais en quoi, nous le demandons, le mouvement actuel pourrait-il compromettre l'Association générale. Société de secours mutuels, dont les syndicats sont tout-à-fait distincts et indépendants? Je dirai même qu'ils tiennent essentiellement à rester indépendants de notre grande Association de prévoyance, et je crois excellentes les raisons qu'on en donne et qui sont celles-ci :

L'Association générale est un puissant organisme pour élever et maintenir la moralité de la profession; un moyen de drainage des capitaux, en vue d'une œuvre bienfaisante dont les résultats sont merveilleux et attendrissants, quand on les voit défiler sous la plume éloquente et émue de ses *secrétaires généraux.* Cela est parfait et nul ne le conteste. Ce qui est contestable et ce qui est contesté de toutes parts, c'est que l'Association générale, admirable quand il s'agit de pousser et de recueillir les éclopés de la profession, soit aussi efficace pour arriver à un résultat qui devrait primer tous les autres, ou du moins venir immédiatement après la grande œuvre de charité, qui est de relever d'abord les blessés de la bataille. Si nous avons tant de misères à soulager, si nous avons la crainte trop fondée de n'être jamais à la hauteur d'une tâche trop lourde, quoi qu'on fasse, c'est que nous souffrons d'un mal général, et tant que les causes ne seront pas supprimées, l'effet restera le même, à peine atténué par les pieux efforts d'une charité infatigable.

(1) Syndicat formé par un groupe de médecins de la Gironde, de la Dordogne, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Le principe de l'association peut nous servir, à nous médecins, dans nos intérêts scientifiques, dans nos œuvres charitables, dans nos intérêts professionnels. Les sociétés savantes, la presse — la bonne — ne nous laissent rien à désirer sous le premier rapport. Au point de vue de la charité, peut-on mieux faire que l'Association générale? Nous ne le pensons pas, et aucune profession libérale ne peut, sous ces deux rapports, nous disputer le premier pas. Mais c'est en ce qui touche nos intérêts matériels, la rémunération de notre travail et de notre valeur intellectuelle, la mise en rapport de nos honoraires avec les exigences de la vie et la dignité de notre profession, que nous sommes inférieurs à tous, indignes de nous-mêmes; voilà où nous trouvons des *desiderata* que les *associations syndicales restreintes* peuvent seules remplir. Je dis « *restreintes* », et tout est là, car je dénie à un syndicat qui engloberait toute la France, le pouvoir de rien établir de viable et d'applicable en pratique, en vue de l'amélioration de notre condition matérielle. L'Association générale s'en est aperçue plus d'une fois, et la loi lui interdisait d'ailleurs de dépasser certaines limites au delà desquelles elle pouvait tenter une organisation utile du corps médical. Elle ne saurait donc avoir la prétention — elle ne l'a sûrement pas — d'absorber les *syndicats professionnels*. Cette absorption ne serait pas la ruine pour eux seuls: c'est alors qu'elle-même serait compromise et, avec elle, l'œuvre d'assistance confraternelle qu'elle a si bien menée jusqu'ici.

A elle donc l'œuvre de prévoyance solidaire du corps entier; à elle la préparation des grandes fondations charitables, la discussion des questions délicates du déontologie, d'honneur professionnel. Qu'elle laisse aux syndicats locaux et restreints la solution des questions de pratique journalière, les moyens d'action appropriés à chaque région. Son organisation puissante, uniforme, majestueuse, lui interdit un détail au-dessous de sa vaste envergure. Nos besoins à nous, médecins des campagnes (qui formons les trois quarts du personnel médical), mais elle les ignore, ou du moins elle ne paraît pas les comprendre; son état-major, aussi zélé que savant, est étranger à notre genre de vie, et nous ne saurions raisonnablement *lui souhaiter d'avoir passé par là*. La représentation, au sein du Conseil général de l'Association, de cette majorité du corps médical échoit forcément aux praticiens les plus en vue des grandes villes, presque aussi désintéressés dans les questions de *pain quotidien* que les professeurs ou les célébrités qui composent le reste du conseil. Il y a bien nos délégués des Sociétés locales; malheureusement ils sont peu écoutés, et, s'ils sortent des questions majestueuses et du genre solennel, pour entrer dans le terre-à-terre dont nous vivons, on les ramène doucement au régime académique, et leurs propositions troublantes ont les honneurs d'un enterrement de première classe. Ce sont eux qui s'en plaignent: ils le disent du moins; — nous, nous l'écrivons.

Dans ces conditions, connues de tout le monde, qu'on nous permette de dire ce que beaucoup de confrères pensent, et ce sera notre conclusion. Peut-être y avait-il mieux à faire qu'à refroidir un zèle de fraîche date, que de nombreux discours officiels avaient été impuissants à susciter, tandis que quelques actes ont suffi à créer un courant irrésistible. (Le *Concours médical* peut dire : *Quo-rum pars magna fui.*) Peut-être y avait-il un rôle à jouer, vis-à-vis des pouvoirs publics et du corps médical, plus digne de la haute confiance que nous donnons à l'Association générale, plus profitable aux intérêts de la corporation. Au lieu de ralentir ce mouvement, de lui inspirer la défiance, de risquer de décourager les efforts individuels, beaucoup croient qu'il eût fallu réunir en faisceau ces résultats partiels, ces intentions confraternelles venues de toutes parts, s'en armer, et les montrer aux pouvoirs publics, en leur disant : « Nos confrères attendent impatiemment la loi sur les syndicats professionnels; tolérerez-vous, d'ici là, leurs essais d'organisation provisoire? ferez-vous pour les médecins ce que vous faites pour les ouvriers, les débitants de vin, les commis-voyageurs, etc.? »

Il y a quelques années, le pouvoir eût répondu à tous : *Non!* Aujourd'hui, à quelques demandes isolées, il a pu ne pas répondre du tout (on doit conclure qui ne dit mot consent). Mais au Conseil général de l'Association des médecins de France, je ne veux pas douter de sa réponse, il eût dit : *Oui!*

Et alors, où on se serait tourné vers nous qui tâchons de marcher pour montrer le mouvement, et au lieu de nous parler de délais, de défiances, de doutes, on nous eût dit : « *Allez sans crainte, vous faites le bien; un « gouvernement peut mettre la liberté dans les lois, « vous seuls pouvez la faire dans vos mœurs.* »

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr A. DARD,
membre du syndicat de l'arrondissement de Bernay et de l'*Association générale des médecins de France.*

Nous jugeons que cette lettre clot la *question des rapports de l'Association générale avec les syndicats.*

Nous pensons que les syndicats n'ont à faire réclamer, ni à réclamer aucune autorisation. Ils n'ont qu'à se constituer sans redouter que les autorités apportent aucun obstacle à l'établissement d'une *Société civile syndicale, parfaitement licite.*

Nous devons ajouter que la portée de la circulaire du président de l'Association a été exagérée. Bientôt on verra l'Association générale se rallier officieusement à la création et à la multiplication des *syndicats restreints, locaux et, par conséquent, utiles.*

Nous avons des motifs tout récents pour l'affirmer avec sécurité.

LA DIRECTION.

NOUVELLES

Nous annonçons avec plaisir à nos lecteurs, que M. Charles *Delalain*, chirurgien-dentiste, Lauréat de la société de médecine, officier d'Académie, vient d'être nommé, par le ministre de la guerre, *chevalier de la légion d'honneur*, pour services exeptionnels rendus à l'Armée.

NÉCROLOGIE

M. le Dr *Duhamel* de Boulogne-sur-Mer, chirurgien en chef de l'hopital, ancien maire de Boulogne, chevalier de la légion d'honneur, tout récemment inscrit au nombre des membres du *Concours Médical*, vient de succomber à l'âge de 62 ans à Douai.

Nous nous associons aux regrets que cette perte inspire à ses nombreux amis.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

4 Février 1882 4me Année. — N° 5

SOMMAIRE

BULLETIN

On se rappelle que, dans un de nos derniers Bulletins (1), nous avons rapporté que M. Depaul était venu annoncer à l'Académie, au nom de M. Dubrueilh, de Bordeaux, la découverte d'un cas de cow-pox spontané, faite par M. Landau (d'Eysines, Gironde), sur une vache de onze ans. On avait déjà fait, avec ce cow-pox, un certain nombre d'inoculations successives sur des génisses ; et la cinquième de ces génisses avait été envoyée à l'Académie pour être, à son tour, le point de départ d'une nouvelle série d'expériences destinées à renouveler la source du vaccin animal employé à Paris. C'est le résultat de ces expériences dont M. Hervieux est venu entretenir l'Académie, à sa dernière séance.

Voici les conclusions de l'honorable académicien :

1° La génisse adressée à l'Académie par M. Dubreuilh (de Bordeaux) portait, au voisinage des trayons, une trentaine de pustules qui offraient au quatrième et au cinquième jour de leur développement les caractères de la vaccine légitime.

2° La matière extraite de ces pustules, soit par piqûres avec une lancette, soit par expression avec des pinces, et inoculée soit à des génisses, soit à des enfants, a donné lieu à une pustulation complètement identique à celle de la vaccine normale.

(1) V. *Conc. méd.* 1882, n° 2, p. 13.

3° Sauf un très petit nombre d'exceptions, les inoculations ont produit autant de résultats positifs qu'il y a eu d'enfants vaccinés, et, à peu de chose près, que de piqûres.

4° La transplantation du vaccin de la génisse de Bordeaux sur les génisses achetées par nous a été suivie d'un succès complet, puisque nous avons eu, sur chacune d'elles, autant de pustules réussies que d'incisions.

5° Nous avons pu ainsi substituer complètement le *vaccin de la Gironde* à notre vaccin officiel, aussi bien pour la série de nos mardis que pour celle de nos samedis.

6° L'étable de M. Chambon, qui dessert tous les hôpitaux de Paris, a pu également renouveler son vaccin animal et favoriser ainsi la propagation dans notre cité du *vaccin de la Gironde*.

7° En raison de ces faits, le *vaccin de la Gironde* mérite d'être placé parmi les vaccins les plus renommés (le vaccin de 1836, dit de Passy, et le vaccin de 1866, dit de Beaugency). (1)

M. le Dr Surmay (de Ham) donne lecture d'une *Observation d'ablation d'un chondrôme très volumineux de la paroi thoracique antérieure*, pénétrant dans le médiastin jusqu'au péricarde; il y a plus de treize ans que cette opération a été pratiquée et il n'y a eu, depuis cette époque, aucune espèce de récidive.

Nous avons publié dernièrement, dans tout son détail, l'observation que M. Depaul a lue, à l'Académie, sur un cas de dystocie causée par la présence d'une énorme tumeur ; et cette communica-

(1) C'est ce *vaccin de la Gironde* qui sera désormais envoyé aux membres du *Concours*.

tion nous a rappelé le travail du Dr Poulet auquel le *Concours médical* a cru devoir décerner son prix de 1881 : la lecture de M. Depaul est venue sanctionner bien à propos ce jugement. En outre, la comparaison de ces deux observations fournit un utile enseignement que nos lecteurs n'ont pas dû négliger.

Dans le cas de l'honorable académicien, la tumeur fibreuse, par suite de son volume considérable (1,790 grammes), pendait hors de la vulve et empêchait absolument l'abord du col utérin : le diagnostic était donc relativement facile ; de plus, l'indication ne pouvait être douteuse : il fallait à tout prix se débarrasser de ce polype très volumineux, il est vrai, mais aussi très accessible.

Dans le cas du Dr Poulet, le diagnostic était hérissé de difficultés par suite de l'état de ramollissement de la tumeur, et surtout de la hauteur à laquelle elle était située, circonstance qui en rendait l'ablation bien pénible, bien dangereuse, peut-être même impossible. Aussi notre confrère essaya-t-il de faire l'accouchement malgré la présence du corps fibreux, et il fut assez heureux pour voir ses tentatives couronnées de succès, grâce à l'emploi habile qu'il fit de la version. On se rappelle aussi combien il a insisté, dans son travail, sur la nécessité de la version en pareil cas ; M. Depaul a eu justement le bonheur de rencontrer une présentation par les pieds, ce qui lui permit de terminer promptement l'accouchement après l'opération. Si l'éminent accoucheur avait eu connaissance du travail de notre confrère, il aurait certainement songé à insister sur ce détail, qui lui a été si favorable et qui méritait bien d'être signalé à l'attention de l'Académie, quoiqu'il ait été mis à la lumière par un simple mortel.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

LES FRACTURES CHEZ LES ENFANTS ET LEUR TRAITEMENT

La pathologie chirurgicale de l'enfance offre un cachet tout spécial et présente le plus grand intérêt. Beaucoup d'affections ne se rencontrent qu'à cet âge ; et toutes, même les plus communes, y présentent des particularités qui rendent parfois leur diagnostic difficile. L'importance de leur traitement n'échappe à personne, chacun sait en effet combien d'infirmités sont la suite de soins mal éclairés ou négligés.

Les fractures sont assez fréquentes dans l'enfance et, jusqu'à la huitième ou neuvième année, elles ont une physionomie particulière dans beaucoup de cas. Au delà de neuf ans, elles ont l'aspect et la marche des fractures de l'adulte. Les fractures des os longs des membres sont de beaucoup plus fréquentes que celles du crâne ou du rachis. Récemment encore, nous avons pu vérifier cette assertion, et la statistique de toutes les fractures soignées l'année dernière à l'hôpital des Enfants-Malades nous a montré que les fractures de cuisse entraient pour un bon tiers dans le total général. Ensuite venaient sur la même ligne les fractures du coude (fractures sus-condyliennes, et intercondyliennes de l'humérus, fractures de l'épitrochlée.) et les fractures de l'avant-bras. Enfin le tibia, la clavicule et l'humérus dans sa portion diaphysale étaient le moins souvent atteints.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître les fractures chez les enfants, les renseignements font défaut de la part du patient, de plus, beaucoup d'enfants sont criards, de sorte que les plaintes que leur arrache une fracture peuvent passer pendant plusieurs jours pour une preuve de mauvais caractère. La *déformation caractéristique* manque souvent après l'accident ; cela tient à l'épaisseur considérable du périoste qui forme, à la diaphyse des os, une gaîne protectrice qui résiste à l'action fracturante et qui contribue à empêcher l'écartement des fragments. Plusieurs fois nous avons constaté, au milieu de la clavicule, une simple inflexion, sans saillie anormale, sans mobilité où le périoste était évidemment conservé ; quelques jours après, par suite du travail réparateur, le foyer de fracture présentait une tuméfaction notable qui permettait de faire un diagnostic rétrospectif. Nous avons observé deux cas de fracture du tibia sans le moindre déplacement, sans encoche perceptible à la face interne de l'os, et dont le diagnostic était des plus difficiles : nous ne pûmes les reconnaître qu'en recherchant le point douloureux maximum dont la palpation provoquait des mouvements défensifs et des plaintes énergiques.

Cette recherche de la *douleur limitée* a une très grande importance chez les enfants. Les fractures de jambe se font souvent sans déplacement. Le fémur fracturé s'infléchit d'habitude et la convexité de la cuisse est plus accusée en avant.

A l'avant-bras il existe une inflexion du membre en avant que l'on peut exagérer facilement.

Les fractures de la région du coude sont bien souvent d'un diagnostic très difficile, à cause du gonflement parfois énorme qui les accompagne. Dans un cas, nous avons vu ce gonflement s'accompagner de quelques phlyctènes, fait très rare, comme on le sait, chez les enfants.

Quand on sera en présence de tuméfactions aussi considérables, il sera nécessaire d'appliquer sur le membre des compresses résolutives d'eau blanche ou d'alcool camphré, afin d'obtenir la disparition presque totale de l'œdème, avant de commencer le traitement.

Si le traitement des fractures chez l'adulte de-

mande de grandes précautions, on peut dire que chez l'enfant il réclame des soins encore plus minutieux. Il faut, chez lui comme chez l'adulte, assurer l'immobilité des fragments par des moyens contentifs spéciaux ; mais toute la difficulté réside justement dans le choix et la bonne application de ces moyens.

Il faut savoir construire des appareils immobilisant bien le membre blessé, mais sans exercer sur lui la moindre pression. Pourquoi? C'est que la peau de l'enfant demande les plus grands ménagements, une pression même minime, si elle persiste, ne tardera pas à former une eschare plus ou moins grande qui pourra attaquer, comme nous en rapporterons un exemple plus loin, non seulement le tégument, mais encore les parties profondes. Il sera donc de la plus grande importance de vérifier toujours, après l'application d'un appareil, si la circulation se fait facilement dans l'extrémité du membre qui est au-dessous, si la température de cette partie ne baisse pas, et dans ce cas il faut à tout prix changer l'appareil. Il sera toujours bon, d'ailleurs, de placer le membre blessé dans une position déclive vers le tronc pour faciliter la circulation en retour.

On ne doit pas compter sur les cris, les plaintes de l'enfant pour vous avertir que l'appareil le blesse dans quelqu'une de ses parties. L'enfant réagit contre la douleur d'une toute autre façon que l'adulte. Il crie, pleure, s'agite sous l'influence d'une douleur aiguë et rapide ; mais il reste calme et ne profère aucune plainte quand il subit une action prolongée de la part d'un corps vulnérant. C'est ce qui explique ces faits dans lesquels on trouve une eschare parfois étendue sous un appareil, sans que le petit malade ait manifesté la moindre souffrance. Ces petits faits, sur lesquels nous insistons à dessein, montrent qu'il est nécessaire de surveiller quotidiennement les fractures du jeune âge.

Aux membres inférieurs, on a encore à s'opposer aux effets de l'*écoulement des urines* qui peut imprégner les appareils, surtout à la cuisse, et les transformer en un foyer désagréable pour l'entourage du malade et nuisible pour sa santé. Aussi parlerons-nous de certaines modifications qui nous ont rendu de grands services dans quelques cas.

Enfin il faut ici, plus qu'ailleurs, des appareils légers, peu fatigants, pouvant être rapidement appliqués. C'est dans ce but que nous indiquerons avec quelque détail, la construction d'appareils contentifs au moyen d'attelles de carton, et dont nous nous sommes servi avec succès dans beaucoup de circonstances.

On a souvent vanté les avantages incontestables de la *gutta-percha* en lames, dans le traitement des fractures chez les enfants. Elle réunit, en effet, de nombreux avantages, mais elle a l'inconvénient de ne pas se trouver partout ; et, à moins d'avoir un arsenal de pansement bien monté, un médecin, à la campagne, n'en aura pas toujours sous la main. On peut, après l'avoir ramollie dans l'eau chaude, tailler des appareils que l'on devra modeler sur le membre blessé; puis une fois qu'ils seront secs, on les appliquera en les poudrant avec de l'amidon pour éviter les frottements pénibles. Mais nous n'insistons pas sur ces moyens qui ne peuvent être usuels.

Les *appareils plâtrés* amovo-inamovibles ont été tour à tour conseillés et blâmés. On les a accusés d'occasionner souvent des altérations de la peau si délicate chez l'enfant, de produire des eschares, des excoriations épidermiques.

Il faut convenir que la mauvaise fabrication de ces appareils peut produire ces funestes résultats. Nous croyons même que l'échauffement notable qui accompagne leur dessiccation n'est pas sans inconvénient pour la peau. L'emprisonnement exact des saillies osseuses dans le plâtre, même sans pression bien marquée, peut, nous le croyons, amener des eschares superficiels. De plus, les gouttières ou les attelles plâtrées ne sont pas facilement applicables à tous les cas.

Cependant nous croyons que, moyennant quelques petites modifications, on pourra en obtenir de bons effets.

Il est bon, en outre, de restreindre leur usage aux fractures de la jambe, et voilà comment nous les appliquons. Les mesures ayant été prises au préalable (longueur allant jusqu'au milieu de la cuisse ; — circonférence du pied, à la région malléolaire, au mollet et à la cuisse), nous taillons, dans la tarlatane pliée en 12 doubles au moins, une gouttière dont nous fixons les lames par quelques points de couture. Nous l'imbibons du mélange d'eau et de plâtre que chacun connaît; mais, au lieu de l'appliquer immédiatement sur la peau à nu, nous exprimons l'eau qui imbibe l'appareil, nous l'étalons sur une table de façon à bien le tendre dans toutes ses parties, et nous recouvrons le côté qui doit être au contact de la peau d'une très mince couche d'ouate. Nous plaçons ensuite la gouttière et nous la fixons au membre malade au moyen de bandes roulées. De cette façon la peau est séparée du plâtre par une légère lamelle de coton qui empêche les adhérences, qui modère les pressions, sans toutefois pouvoir se tasser assez pour que l'appareil n'exerce plus une contention suffisante.

Nous recommandons, en passant, ce procédé tout aussi bien pour la fabrication des appareils plâtrés chez l'adulte. On sait combien est pénible l'adhérence des poils aux appareils ; de cette façon elle est évitée complètement ; de plus, l'application de ces appareils, après expression de la partie la plus liquide du plâtre, est plus propre et évite les souillures que l'on répand autour de soi. Il sera bon, chez l'enfant, de vérifier si la gouttière plâtrée ne comprime pas la peau, surtout au niveau de ses bords et d'y insinuer un peu de coton dans toute leur longueur.

Dans les fractures de l'avant-bras et de l'extrémité inférieure du radius, on pourra encore utilement employer une gouttière plâtrée antérieure, allant dans la paume de la main jusqu'au niveau des premières phalanges. La portion palmaire de l'appareil devra être un peu plus relevée et portée en dedans, c'est-à-dire du côté du bord cu-

bital. Cependant l'appareil le meilleur pour les fractures de l'avant-bras est encore la double attelle de bois antérieure et postérieure avec compresses graduées que l'on maintient au moyen de quelques bandes de diachylum, et l'avant-bras, plus que partout ailleurs, il faut éviter la compression et surveiller l'appareil. C'est dans une fracture de cette région que nous avons vu une fois survenir une complication tenant à la mauvaise application de l'appareil.

Un enfant de six à huit ans s'était fracturé les deux os de l'avant-bras et un jeune praticien lui avait appliqué un appareil formé de deux attelles et d'une vraie montagne de compresses graduées sur les deux faces de l'avant-bras dans le but d'empêcher le rapprochement des os. Quinze jours après, nous voyons le malade, il présentait une mortification étendue de la peau et des muscles de la région antérieure de l'avant-bras; toutes ces lésions s'étaient produites sans que l'enfant accusât la moindre douleur; elles entraînèrent une rétraction consécutive des muscles fléchisseurs des doigts. Il est utile de rappeler ici, une fois pour toutes, que la crainte qu'ont beaucoup de médecins de voir les os de l'avant-bras se rapprocher dans l'espace interosseux est illusoire. Dans la position intermédiaire à la pronation et à la supination, l'espace interosseux est largement béant et deux simples compresses modérément serrées suffirent pour y refouler les muscles en avant et en arrière.

Les attelles de carton mouillé peuvent composer des appareils d'une application très commode et très solide. Voyons un peu les détails de leur construction. Le meilleur carton est le carton paille jaune et il est bon d'avoir une série de cadres carrés taillés dans une feuille de ce carton et présentant une largeur de trois à six centimètres pouvant servir à des membres plus ou moins gros. Leur application est surtout utile dans deux sortes de fractures, celles de la cuisse et celles du coude et de l'humérus.

A la cuisse, voici comment doit s'appliquer l'appareil. On entourera le segment du membre avec une feuille de taffetas gommé. Par dessus on applique un bandage roulé, modérément serré, et formé d'une bande de toile demi-usée, puis les attelles de carton. Celles-ci, coupées à une longueur convenable, sont plongées dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'elles soient ramollies et malléables; puis on en place une large en avant, une en arrière, et une sur le côté externe; on applique un tour de de bande roulée, et on place deux ou trois autres attelles moins larges dans les points où il y a des vides laissés par le premier rang; le tout est recouvert d'une double couche de bandes que l'on enduit de silicate de potasse. On a ainsi formé un manchon résistant et léger, qui maintiendra suffisamment le fémur, pourvu, toutefois, qu'on ait attendu pour l'appliquer que le gonflement primitif ait à peu près disparu. Une fois l'appareil ainsi construit, on pourra replier en haut et en bas, sur sa face externe, la portion de taffetas et la fixer au moyen d'une bande de diachylum; par ce simple moyen on protégera l'appareil de carton et de toile contre l'urine du petit malade.

Pour les fractures du coude et du bras, on se sert de deux attelles de carton en forme d'équerre. Elles doivent partir du poignet et remonter l'externe jusque sur le milieu de la région deltoïdienne, l'interne jusqu'au niveau du bord inférieur du grand pectoral. On place d'abord un bandage roulé, légèrement ouaté, puis les deux attelles préalablement mouillées. La pression de la main suffit pour les mouler sur le membre et déprimer leurs bords; leurs angles saillants au niveau du coude sont repliés et se réunissent en arrière, de façon à former une sorte de coque à cette région. Un bandage roulé silicaté est appliqué par dessus et termine l'appareil.

Il faut toujours avoir soin de laisser les bandes sèches non silicatées déborder un peu, pour que la peau ne souffre pas au contact d'un rebord presque coupant.

Cet appareil est très léger pour le membre supérieur, très facilement supporté et il réunit de très bonnes conditions pour la contention exacte des fragments. Dr HAMBARD

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LES MÉDECINS ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Un membre du *Concours médical*, M. le Dr Jounia, de Paris, ex-interne des hôpitaux, vient de publier une brochure dans laquelle il réclame le *concours* pour les places de *médecins de l'état civil*, des *bureaux de bienfaisances* et *inspecteurs des écoles*.

Il démontre que l'élection par leurs pairs des médecins aspirant à remplir les fonctions que nous venons d'énumérer, n'a pas donné de bons résultats par suite de l'abstention d'un grand nombre d'électeurs. Il cite l'exemple d'un arrondissement dans lequel le nombre des votants candidats est de 21 et le nombre de places de 12.

Il regrette que les titulaires d'avant l'élection, aient été dépossédés, sans être admis à jouir, au moins quelque temps, du bénéfice de l'élévation du traitement porté de 600 à 1200 fr.

Notre confrère revendique les droits constitués par les services antérieurs, les services scientifiques, etc...; il se prononce pour le *concours public* ou *sur titres*.

Il énumère les raisons en faveur de sa proposition. Il insiste sur la gravité de la fonction de *médecin de l'état civil*. Il réclame pour celui-ci de sérieuses connaissances médico-légales, afin de s'opposer aux milliers d'avortements qui se commettent, aux empoisonnements inaperçus, aux causes souvent criminelles de la mortalité des enfants, etc...

L'auteur de la brochure affirme que depuis l'adoption de l'élection, le service des bureaux de

bienfaisance et d'inspection des écoles n'est pas mieux fait.

Il conclut à l'adoption du concours.

D'un autre côté, dans l'*Union médicale*, M. le Dr Amédée Latour opine *pour le maintien de l'élection*, en faisant observer que le recrutement des candidats pour ce *concours*, en vue d'une situation très pénible, rémunérée 1200 fr., pourra bien être aussi difficile que le concours *Gerdy*, pour la place d'aspirant à l'*inspection des eaux minérales*. On n'a jamais pu *récolter* qu'un seul candidat!!

Nous croyons, pour notre part, que si les médecins de tous les arrondissements *étaient syndiqués*, à l'exemple de deux ou trois que nous connaissons, ces réunions des syndicats créeraient le comité électoral que propose M. Amédée Latour. Ce comité serait parfaitement autorisé, connaîtrait exactement la valeur des médecins et pourvoirait à toute les nécessités.

II

LES OFFICIERS DE SANTÉ.

Un journal, créé par un de nos confrères, M. Bureaud-Riofrey, pour soutenir les droits des officiers de santé, contient l'article suivant :

Un journal de médecine, répondant à un de ses lecteurs, lui dit :

« Soyez bien sûr que si la loi venait à suppri-
« mer le diplôme d'officier de santé, la situation,
« non seulement des titulaires actuels, mais des
« étudiants aspirant à l'officiat, serait absolument
« sauvegardée. Le contraire, qui est impossible,
« serait la plus *criante injustice*. »

Voilà des paroles.

Voici des faits.

Au Sénat, le vendredi 1er avril 1881, M. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique, répondant à M. Béranger, à propos du projet de loi sur l'enseignement primaire, a cité l'opinion de Dalloz, qui *admet la* RÉTROACTIVITÉ *lorsque les intérêts de l'ordre social sont engagés*.

M. Ferrouillat, rapporteur, ajoutait :

« Le législateur pourrait notamment soumettre
« à de nouvelles conditions la conservation ou
« l'efficacité des droits antérieurement acquis. »

Et la loi a été votée, avec l'obligation pour tous les instituteurs exerçant en vertu de la loi de 1850 de subir un nouvel examen de capacité.

Ce précédent est-il de nature à nous tranquilliser sur le sort qui peut nous être réservé?

(*L'Impartialité médicale.*)

Nous ne croyons pas qu'il y ait à redouter l'application du principe de rétroactivité dans la circonstance, parce que justement les *intérêts de l'ordre social ne sont pas engagés.*

III

DOUBLE PATENTE DE MÉDECIN.

Un abonné de *Paris-Journal*, écrit de Rouen:

Le fisc vient de jouer un tour de sa façon à un médecin de Paris dans une circonstance assez piquante. Ce médecin possède, à peu de distance de notre ville, une maison de campagne où il vient tous les ans se reposer, pendant quelques semaines, des fatigues d'une nombreuse clientèle. Surtout n'allez pas le réclamer pour avoir de lui quelque avis; sa porte est close pour tout malade, sauf pour les pauvres dont il est au contraire la providence. Cependant, lors de sa dernière villégiature, un des plus gros propriétaires de son voisinage fut pris tout à coup d'accidents tellement graves que sa vie ne tarda pas à être en danger. Le médecin de la famille, justement effrayé, vint faire appel au concours de son confrère de Paris. Celui-ci, bien entendu, ne put le lui refuser, et grâce à son intervention, le malade fut promptement rétabli.

Fort bien. Mais quelle ne fut pas la surprise du docteur, lorsque, peu de temps après son retour dans la capitale, il reçut un avis de la direction des contributions, comme quoi il était porté à la patente pour exercice de la médecine dans le département de la Seine-Inférieure! Vainement il répondit qu'il payait déjà patente à Paris : *Non bis in idem*, n'a pas cours en Normandie, car on n'a pas encore fait droit à sa réclamation.

Ai-je besoin d'ajouter que les cancans dans notre ville s'en donnent à cœur-joie? Les mauvaises langues vont même jusqu'à prétendre qu'il y a là quelque intérêt froissé sous roche, et que, si le médecin eût laissé la maladie suivre son cours, il eût évité ces ennuis. Quoi qu'il en soit, je vous tiendrai au courant de l'issue de cette petite affaire qui vise surtout le corps médical de Paris. Voyez-vous les gros bonnets de la profession obligés de payer patente dans tous les départements où ils sont appelés en consultation extraordinaire!

IV.

LES SYNDICATS EN BELGIQUE.

« Nous assistons en France à un magnifique élan qui semble devoir gagner tous les membres du corps médical français. Grâce à l'initiative et à l'impulsion du *Concours médical*, de Paris, des syndicats professionnels surgissent partout et rallient les praticiens en masses compactes. Ce réveil de la solidarité et de la confraternité produira des résultats considérables au point de vue de l'amélioration de la situation morale et matérielle de nos confrères de France, et nous avons la conviction que, d'ici à peu de temps, ils seront surpris de l'importance des bienfaits qu'aura réalisés cette coalition pour la défense des intérêts professionnels et que, dans leur étonnement, ils ne manqueront pas de se faire cette réflexion : Comment, concevoir, en présence de ces premiers résultats qui ne sont que le gage de ceux plus importants à venir, que notre résurrection ait tardé si longtemps de se faire?

« L'essentiel, c'est qu'elle se soit faite, cette résurrection. Mieux vaut tard que jamais, et pour les bonnes choses, il n'est jamais trop tard pour procéder à leur réalisation. Prenons exemple sur nos voisins, et appliquons-nous à rechercher les

remèdes à une situation qui manque de cohésion et de franche et cordiale entente. Nous aurons beaucoup fait, tout fait, si nous pouvons aboutir à la réunion des membres du corps médical sous ce drapeau sur les plis duquel se dégage cette devise que nous empruntons à nos voisins de France : Egalité, Fraternité. Tout pour l'union et par l'union. *Vœ soli!* dit le sage. Fédérons-nous donc, puisque dans la communauté des sentiments et d'action résident la prospérité et le bonheur. Renversant la devise : *In fide charitas*, nous reposerons notre confiance dans l'affection confraternelle. » Dr J. V. D. Vogel.

(*La Confraternité médicale belge.*)

V

LEGS AUX ENFANTS D'UN MÉDECIN : JURISPRUDENCE

Un jugement du tribunal civil de Lyon a récemment décidé que les dispositions testamentaires prises par une dame B...,en faveur des enfants du docteur C..., échappaient à la nullité édictée par l'article 909 du Code civil. Les considérants méritent d'être analysés ici, vu l'importance de ce point délicat de jurisprudence.

Le jugement établit d'abord qu'au moment où la dame B... consignait les legs en question dans un testament olographe, elle pouvait déjà être atteinte, au sens vulgaire du mot, de la maladie dont elle est morte, mais non au sens juridique, puisque cette maladie n'était pas encore entrée dans la période finale où les soins du médecin sont assidus et nécessaires, et où son influence peut être excessive sur l'esprit du malade.

Dans ces conditions, la période terminale de la maladie étant circonscrite entre le commencement de mai 1880 et le 24 septembre de la même année, jour du décès, les considérants relèvent : 1° que la défunte avait, à une autre époque, comme médecin habituel, un autre praticien qui le reconnaît formellement ; 2° que le père des légataires, appelé une fois en consultation par son confrère, n'a donné à la défunte que des soins passagers, justifiés par les anciennes relations amicales des deux familles (la dame B... était la marraine d'un des enfants C...) et tout à fait insuffisants pour l'annulation des legs; 3° que l'absence faite par le docteur C... pendant tout le mois dans lequel la dame B... est morte, est incompatible avec la qualité de médecin habituel que les défendeurs voudraient lui donner.

VI

NOMBRE DES DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Les six Facultés de médecine ont délivré pendant la dite année 621 diplômes de docteur, ainsi répartis pour chacune d'elles :

Faculté de médecine	de Paris........	461
—	de Montpellier...	66
—	de Lyon........	44
—	de Nancy.......	19
—	de Bordeaux.....	18
—	de Lille........	13
		621

(*Lyon médical*)

VII

LA VACCINE OBLIGATOIRE EN SUISSE.

Le Conseil national a adopté le principe de la vaccination obligatoire par des articles ainsi conçus :

« Art. 13. — Tout enfant né en Suisse doit, dans la règle, être vacciné dans la première année de sa vie ou au plus tard dans la seconde. Un ajournement plus long n'est admissible que pour des raisons de santé constatées par un médecin. Les enfants nés à l'étranger et non vaccinés, amenés en Suisse, sont soumis aux mêmes prescriptions. Le fait de la vaccination sera constaté par un certificat signé d'un médecin patenté.

« Art. 14. — Aucun enfant ne peut, sans ce certificat, être admis définitivement à fréquenter une école publique ou privée. »

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Analgésie hystérique chez les enfants, *par le Dr Barlow, médecin assistant à l'« University college hospital. »*

Depuis ces dernières années, M. Charcot et d'autres cliniciens ont été conduits par leurs observations, à insister sur l'importance de l'anesthésie, et l'altération de sensibilité des sens spéciaux comme caractéristiques de l'hystérie. On a, d'autre part, contesté la légitimité des conclusions de M. Charcot et de ses élèves, et certains médecins ne voient dans l'anesthésie incomplète et autres signes d'obtusion sensorielle que l'effet de la simulation des sujets observés, et des idées préconçues des observateurs. Assurément tous ces symptômes, ainsi que les troubles de la vue et de l'ouïe, sont en rapport avec l'état général des sujets, mais il est indéniable que, chez toute une catégorie de malades, l'insensibilité absolue ou relative aux agents stimulants soit un état pathologique.

Ce n'est pas seulement sur de jeunes femmes habitant l'hôpital et servant aux démonstrations quotidiennes, mais sur tous les jeune enfants offrant les autres signes de la névralgie hytérique qu'on peut constater cette insensibilité.

Ici la fourberie et les idées préconçues doivent être

moins à redouter que pour l'adulte malade. Ainsi l'auteur cite un petit garçon âgé de vingt-six mois ; avec une aiguille on lui pique la peau entre les racines des doigts il ne retire, il ne remue même pas la main, sa figure n'exprime pas la moindre douleur ; la moindre piqûre de l'autre côté lui arrache des cris. Voici évidemment des symptômes d'hystérie incontestable et qu'on ne peut attribuer à la fourberie.

Le Dr Barlow a appliqué sur ses sujets d'observation, l'électricité faradique avec de grandes différences de degrés dans l'analgésie et sa distribution. Ainsi dans un cas, un fort courant est supporté avec indifférence complète d'un côté, tandis que de l'autre, le passage d'un courant modéré cause une douleur même bruyante. — Dans un autre cas, un fort courant n'amène qu'après quelques minutes une légère expression de douleur. — En troisième lieu, un courant énergique est supporté avec indifférence complète appliqué sur les deux jambes. Au bout d'un quart d'heure, il ramena graduellement la sensibilité et une expression légère de malaise. — Dans un quatrième cas, l'application du courant faradique amena immédiatement de la douleur, bien qu'on eût pu enfoncer préalablement une aiguille dans la peau de l'enfant sans provoquer la moindre souffrance.

Malgré l'irrégularité de la distribution des symptômes, dans la généralité des cas, l'auteur a noté la diminution de la sensibilité plus marquée aux membres qu'à la face. Les sujets observés sont au nombre de huit, six filles et deux garçons ; le plus jeune avait vingt-six mois, le plus âgé neuf ans et demi.

Le Dr Barlow doute que, durant les attaques, il y ait eu perte de connaissance, bien que les malades soient tombés comme sidérés.

Dans la plupart des cas les mouvements restaient coordonnés : et toujours bi-latéraux. L'ensemble des observations au Dr Barlow semble prouver que la névrose hystérique cause une torpeur des éléments sensitifs du cerveau qui, dans les cas extrêmes, paralyse les centres de sensibilité spéciale et, dans les cas légers, diminue plus ou moins les impressions ordinairement douloureuses. — La sensibilité de l'hystérique revient à l'état normal sous l'influence des stimulants extérieurs, notamment de l'électricité faradique.

L'importance de l'analgésie comme élément diagnostique de l'hystérie, me paraît très grande pour les médecins praticiens. (*Brit. méd. journal 3 déc. 1881*).

*
* *

Curabilité de la phthisie par le séjour aux stations élevées ; *par le Dr Th. Williams, médecin à l'hôpital pour la circonscription de Brompton.*

L'auteur a été conduit par un grand nombre d'observations à établir les conclusions suivantes :

1° Après le séjour dans les localités élevées, on constate chez les phthisiques une dilatation des parois thoraciques qui ne peut s'expliquer ni par l'accumulation de tissu graisseux, ni par dilatation, augmentation de poids des muscles, puisque beaucoup des malades gardent le lit, et peuvent même voir diminuer le poids de leur corps.

2° L'augmentation de capacité peut se localiser dans une partie du thorax, ou se présenter dans toute la région, mais elle siège plus souvent au niveau de la troisième côte.

3° Enfin, bien qu'on les rencontre aussi chez les hommes observés, on trouve plus souvent ces transformations chez les femmes, et elles sont en rapport avec le plus ou moins d'élasticité, de souplesse des parois de la poitrine. Les modifications dans le tissu pulmonaire qui sont le point de départ des changements dans la forme du thorax, sont d'après, ce que démontrent l'auscultation et la percussion : *a* — l'absorption partielle des produits de l'inflammation pneumonique ; *b* — la réduction cicatricielle des masses tuberculeuses et le développement de l'emphysème dans le voisinage de ces masses spécifiques ; *c* — l'hypertrophie du tissu pulmonaire sain. C'est d'après les signes physiques qu'on déduit l'hypertrophie, et qu'on peut aussi reconnaître l'accroissement de la puissance respiratoire des malades, comparée à celle de leurs ascendants.

Le Dr Ruedi a constaté à la station de Davos sur quatre-vingt-dix malades pour cent observés, l'augmentation de la capacité pulmonaire.

Cette augmentation de capacité ne persiste pas toujours ; elle disparaît quand les malades reviennent aux niveaux inférieurs. L'auteur en a constaté un curieux exemple chez un jeune homme né à Denser (Etats-Unis) à 5200 pieds d'altitude. Après deux mois de séjour sur les bords du lac de Genève, à 1200 pieds d'altitude, la circonférence de sa poitrine se réduisit d'un pouce, bien que le malade ait augmenté de poids. Les grandes dimensions de la capacité thoracique chez les montagnards des Andes et de l'Himalaya sont constatées par nombre d'observateurs compétents.

Les localités élevées ont, sur l'organisme humain, un pouvoir antiseptique incontestable et diminuent beaucoup la suppuration des ulcérations et des abcès siégeant dans les poumons tuberculeux. Mais ce n'est pas là un résultat qui soit exclusif aux hautes altitudes : on l'obtient dans des localités froides à des niveaux divers, au Canada, en Russie, et dans des régions sèches comme le désert au sud de l'Egypte. La dilatation pulmonaire est due, elle, aux altitudes élevées, par la diminution de la pression atmosphérique.

Les cas susceptibles d'amélioration par le séjour aux stations élevées sont la tuberculose chronique, pourvu que le mal soit limité au sommet de l'un des poumons, que l'état général soit bon, sans fièvre. Peu importe alors qu'il y ait cicatrisation ou suppuration de la région malade si elle est limitée. Ce sont là, dira-t-on, des cas favorables, mais deux hivers passés dans ces stations bienfaisantes suffisent à arrêter entièrement le mal. La phthisie avec hémorrhagie traitée à Davos donne les meilleurs résultats ; il en est de même de celle qui est consécutive à la pneumonie, à la pleuro-pneumonie, pourvu qu'un seul poumon soit pris.

Les cas où le séjour aux montagnes est contre-indiqué sont : la phthisie aiguë ou chronique avec pyrexie, la tuberculose avancée. La circulation n'a plus assez d'énergie pour résister au froid, et la surface pulmonaire saine est insuffisante à aérer le sang, dans une atmosphère raréfiée. Les phthisies où les symptômes catarrhaux occupent le premier rang ne peuvent non plus s'améliorer dans les localités élevées. L'état général s'améliore souvent à Davos pendant que la toux augmente. L'influence des climats chauds diminue le catarrhe, mais de son côté, le climat des Alpes fortifie l'état général. Le

froid est nuisible aux voies respiratoires, mais la chaleur atmosphérique unie à l'élévation du climat leur est très favorable.

(*Brit. méd. journal*, 17 *décembre* 81).

*
* *

Spécifique américain contre l'hydropisie. — C'est la teinture de l'*Asclepias syriaca* qui posséderait d'après le Dr Spurnay, la propriété spécifique de faire disparaître l'hydropisie. Après avoir épuisé tous les remèdes connus de la pharmacopée anglaise et française dans un cas d'hydropisie cardiaque, l'auteur a essayé ce produit mentionné dans un ouvrage américain.

Après quelques jours d'administration de cette teinture par doses graduées, on voit les urines devenir plus claires, et beaucoup plus abondantes.

(*Brit. médic. Journal* 24 *décembre* 1881.)

*
* *

L'antéflexion de l'Utérus, cause de la dysménorrhée, *par le Dr L. Atthill, chirurgien à l'hôpital de la Rotonde à Edimbourg.*

L'auteur admet avec le Dr Barnes que l'antéflexion dans la majorité des cas est congénitale. Mais cette déformation de l'organe peut, des années durant, passer inaperçue, jusqu'à l'arrivée de l'endométrite chronique qui vient la compliquer, et qui, elle, n'a pris naissance qu'à la suite de l'antéflexion.

Le métrite chronique se produit chez les femmes dont le canal cervical est rétréci et le col de forme conique. Avant le mariage, ces conditions n'ont produit aucune difficulté à l'issue du sang menstruel, mais sous l'influence des excitations sexuelles, une plus graude quantité de sang se porte aux ovaires et à l'utérus, la muqueuse se gonfle et, à la période menstruelle, elle laisse passer une plus grande quantité de sang.

Cette imbibition de la muqueuse amène encore une atrésie plus grande de l'orifice interne du canal cervical, l'issue des règles est retardée, il se forme des caillots dont l'expulsion est douloureuse. Après un soulagement temporaire cet état pénible revient; l'irritation de la muqueuse intra-utérine se produit à l'état permanent, l'endométrite chronique existe dès lors; la cavité utérine contient une mucosité visqueuse qui suinte peu à peu de l'organe. Plus tard la cavité de l'utérus demeure dilatée, ses parois hypertrophiées, et il se produit de ces troubles locaux un retentissement pénible sur l'état général.

Le docteur Atthill proteste contre le traitement de cet état morbide par les pessaires quels qu'ils soient; tout au plus, en soutenant l'organe, peuvent-ils amener un soulagement passager. Mais il n'existe pour lui qu'une seule manière de guérir les cas de cette espèce : tout essai de retrécir l'utérus, de réduire ses dimensions serait illusoire. Il faut diviser le corps de l'organe, pour donner libre issue aux mucosités visqueuses qu'il contient, et modifier ensuite la muqueuse intra-utérine altérée.

Chez les vierges atteintes de dysménorrhée consécutive à l'antéflexion congénitale, l'endométrite résulte de l'influence du froid, des fatigues excessives et prolongées, du mauvais air, d'une alimentation insuffisante, et le traitement doit être le même que celui des femmes. Améliorer l'état général est une bonne chose sans doute, mais on n'aura de résultat complet qu'en soignant aussi le mal local. (*Brit. méd. Journal*, 24 *décembre* 1882.)

Dr M. Pioard.

COURRIER

Deux observations de hernie étranglée

Monsieur le Directeur,

Je viens de faire, à quelques semaines d'intervalle, deux opérations de hernie étranglée, dont la comparaison m'a paru intéressante. Si vous les jugez dignes du *Concours*, vous les insérerez; sinon, je n'en serai pas moins et toujours votre confrère très obligé pour les services que vous rendez à notre cause.

Première observation. C. 45 ans, avait, depuis 11 ans, une *hernie crurale droite*, qui, toujours dépourvue de bandage, sortait et rentrait à volonté. Le lundi 12 septembre dernier, après un effort, la tumeur devint subitement irréductible.

Le malade resta sans soins jusqu'au samedi suivant, 17. Pendant ce temps-là, il avait éprouvé tous les accidents de l'étranglement herniaire: constipation, vomissements alimentaires puis bilieux, et enfin fécatoïdes; rétention d'urine, météorisme, douleurs à l'aine s'irradiant dans le ventre.

Je vois le malade le 17. La tumeur, dure et sonore, avait le volume d'un œuf de poule.

Malgré ses longues souffrances, C. était encore courageux; son pouls était à peu près normal; sa face à peine grippée, peu de refroidissement.

Après l'insuccès du taxis, j'entrepris l'opération, aidé de mon confrère, le Dr Daguilhon.

Incision perpendiculaire à l'arcade de Fallope, sur toute l'étendue de la tumeur, par un pli à la peau. Puis, pendant que d'une main je soulève avec une pince chaque couche de tissu, de l'autre, j'y fais avec un bistouri une boutonnière dans laquelle on glisse la sonde cannelée: ce conducteur sert à prolonger l'incision en haut et en bas jusqu'aux limites de la plaie cutanée.

J'avoue que je suis arrivé sur le sac sans le reconnaître. Mais qu'importe? Avec le procédé de la pince, qui consiste à soulever et à isoler chaque plan du plan sous-jacent, il est impossible de léser ce dernier. J'ai donc soulevé la couche péritonéale comme les autres, et c'est pour ainsi dire à mon insu que la sonde, au lieu de glisser entre deux plans, s'est trouvée dans une cavité.

L'incision faite, je m'assurai que l'étranglement s'était produit par le collet du sac, épaissi et fibreux. Sectionnée avec un bistouri boutonné conduit sur l'index gauche, en haut, c'est-à-dire dans le sens de l'incision générale, la bride cède en craquant.

L'intestin grêle, d'un rouge vineux uniforme, est refoulé doucement à travers l'ouverture agrandie.

Le malade ressent un soulagement instantané.

Selle abondante dans la soirée, sans purgatif.

L'opéré continue à se trouver bien. Réunion immédiate de la plaie. Le huitième jour, C. se promenait.

DEUXIÈME OBSERVATION. L., 42 ans, fort. *Hernie inguinale droite* depuis 16 ans, sans bandage, sortant et rentrant avec facilité.

Un soir, après une copieuse ingestion de châtaignes, L. ne peut plus réduire son hernie. Appelé aussitôt, je pratique le taxis sans résultat. Le malade refuse l'opération.

Le lendemain, opération réclamée et faite moins de 24 heures après le début des accidents.

Il y avait eu à peine deux ou trois vomissements glaireux; mais le pouls était lent, affaibli et même irrégulier. Face un peu grippée; légère algidité des extrémités.

La tumeur, très dure, sonore dans toutes ses parties, avait la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

Les différentes couches sont incisées comme dans l'opération précédente, jusqu'à ce que je rencontre un plan qu'il est impossible de saisir avec la pince et de soulever, tellement il était lisse et tendu : c'était évidemment le sac. Que faire? Inciser directement de dehors en dedans, ou en dédolant? C'était m'exposer à léser l'intestin en dépassant le but. Heureusement, l'étranglement siégeait en dehors du sac, sur l'anneau. Comme d'ailleurs sa constriction ne remontait qu'à quelques heures, je me crus autorisé à débrider sans ouvrir le sac: ainsi, j'évitais la blessure de l'organe hernié.

Il me fallut couper en haut 3 ou 4 brides superposées très résistantes, après quoi, l'intestin fut réduit doucement, avec de gros bruits de gargouillement.

Le sac, dont la surface avait partout contracté adhérence avec les tissus adjacents, reste affaissé dans la plaie.

Les vomissements cessèrent; mais le lendemain il n'y avait pas encore eu de selle.

Le pouls, toujours petit, un peu irrégulier, était devenu fréquent.

Météorisme. Coliques.

60 gr. d'huile de ricin; puis 60 gr. d'eau-de-vie allemande sont donnés sans résultat.

Le troisième jour, ni vomissements ni selle; le météorisme et les coliques augmentent, mais le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Deux lavements de séné, 2 gouttes d'huile de croton en pilules amènent par l'anus quelques cuillerées d'un liquide muqueux et noirâtre.

Mort le quatrième jour.

Autopsie. Il ne restait rien dans le sac, dont l'orifice abdominal admettait facilement trois doigts.

En face de cet orifice, pleines de gaz comme le reste de l'intestin, se trouvaient une anse d'intestin grèle et une autre du colon d'un brun noirâtre, recouvertes de fausses membranes, ayant la même couleur, épaisses et faciles à arracher. Pas trace d'étranglement.

Ce sont évidemment ces deux anses qui, mortifiées et interposées sur le trajet du canal alimentaire comme des portions de tube inerte, avaient empêché la libre circulation des matières.

Ainsi, dans le premier cas, à moins d'être aveugle, il était impossible de léser l'intestin; dans le second, l'ouverture du sac aurait gravement exposé à cet accident.

Chez le premier malade, le pronostic devait être très sérieux, à cause de la durée de l'étranglement, de la fréquence et de la nature des vomissements, et même du petit volume de la hernie.

Et cependant, quel heureux résultat, et au contraire, quelle issue funeste pour le second malade dont l'état, sauf le pouls, était incomparablement meilleur.

Dans la dernière opération, j'aurais dû inciser le sac : j'ai dit plus haut pourquoi je m'en suis abstenu; mais à l'avenir, lors même que les accidents ne dateraient que de quelques heures, je me souviendrai de cet exemple, et j'ouvrirai toujours le sac pour voir ce qu'il y a dedans.

Agréez, etc. Dr LANGLAIS (*de Pontivy*).

VARIETÈS

Les projets du ministre de la guerre concernant le service de santé.

D'après des renseignements que nous regardons comme absolument certains, M. le ministre de la guerre a l'intention formelle d'organiser, par un décret et par un règlement détaillé, le corps de santé militaire en lui donnant les attributions qu'il réclame depuis si longtemps. Les désastres de l'expédition tunisienne, considérée au point de vue de la santé des troupes, ont ouvert les yeux les moins clairvoyants et levé toutes les résistances.

D'après les projets de M. le général Campenon, le corps de santé exercerait pleinement son autorité sur le personnel du service et sur le matériel technique.

Une direction spéciale créée au ministère de la gnerre, sous les ordres directs du ministre, comprendrait dans ses attributions le personnel des médecins et des pharmaciens et tout le matériel technique, c'est-à-dire les magasins, les médicaments, les voitures d'ambulances, les transports des blessés, les voitures et le personnel du train nécessaires aux évacuations, les hôpitaux.

L'administration de l'armée conserverait seulement les fournitures et la garde du matériel, tel que literie, etc.

Pour seconder la direction centrale en temps de paix, un médecin en chef serait placé à la tête du service médical de chaque corps d'armée. Le médecin en chef du corps d'armée siégerait donc dans l'état-major, auprès du général-commandant et sous ses ordres, au même titre que le fonctionnaire de l'intendance. Il en résulterait assurément une grande amélioration dans le service, les médecins des régiments et hôpitaux, sentant qu'ils sont à la fois surveillés, contrôlés et soutenus par un de leurs supérieurs dans chaque corps d'armée. Il est certain que, dès lors, la loi votée il y a trois ans par les Chambres concernant les soins à

donner aux malades militaires par les médecins militaires dans les hôpitaux civils, serait exécutée à la lettre, tandis que, jusqu'à ce jour, elle est restée presque absolument sans effet. Il n'est pas douteux qu'avec une direction centrale et un médecin en chef dans chaque corps d'armée on ne tarderait pas à organiser le service des infirmiers régimentaires et tout ce qui manque au service de santé dans notre armée.

Pendant la guerre, la responsabilité du service médical appartiendrait aux seuls médecins militaires, et ne serait plus, comme aujourd'hui, partagée entre ces derniers et les intendants, funeste partage dont les soldats sont les victimes.

La direction des opérations du service de santé s'exercerait, en temps de guerre, sous les ordres directs du commandement, par les médecins militaires, soit dans la ligne du feu, soit dans les hôpitaux temporaires, soit dans les hôpitaux permanents et les évacuations. Partout le médecin possèderait l'autorité sur les pharmaciens, les officiers comptables et les officiers du train.

Le médecin auraitledroit de réquisition par délégation du commandement.

Telle est, esquissée à grands traits, la réforme que M. le ministre de la guerre a l'intention d'ordonner par voie de décret et de règlement. Elle est conforme dans ses caractères essentiels aux votes de la Chambre et du Sénat.

Mais, comme les ministres passent, comme leurs successeurs ont le droit de modifier par un trait de plume les dispositions qui ne sont pas réglées par la loi, il sera nécessaire de faire sanctionner le décret en préparation au ministère de la guerre par une loi votée dans les deux Chambres.

Les médecins militaires ne sont trop que fondés à dire avec le poète :

Timeo Danaos et dona ferentes.

(Journal des connaissances médicales).

Le nouveau ministre héritera-t-il des idées de son prédécesseur ?

CHRONIQUE DES SYNDICATS

CONSIDÉRATIONS SUR UNE PROPOSITION DE STATUTS POUR L'ORGANISATION GÉNÉRALE DES SYNDICATS PROFESSIONNELS LOCAUX.

Article 1er. — « Il est établi entre les médecins de « l'arrondissement de X... une association professionnelle « ayant pour titre : *Société syndicale professionnelle « des médecins de l'arrondissemant de X...* »

La délimitation de la circonscription syndicale par arrondissement paraît être la préférable, parce qu'elle se confond avec une circonscription administrative, et que les rapports du syndicat avec l'administration seront nombreux, et quelquefois difficiles dans certaines revendications professionnelles vis-à-vis de cette autorité, il faut de toute nécessité que le syndicat représente la grande majorité sinon la totalité des médecins de la circonscription administrative.

Le syndicat cantonnal ne serait pas assez nombreux pour faire autorité suffisante, de plus le canton n'a pas d'administration spéciale, et n'a personne de délégué pour le représenter près de l'administration supérieure, dans ce que celle-ci a d'exécutif.

Le syndicat départemental serait souvent trop étendu; les questions, qui, quelquefois sont locales et urgentes ne pourraient pas être traitées avec toute la promptitude nécessaire, et les lenteurs dans les demandes et revendications, laisseraient trop de prise près d'une administration supérieure à provoquer des enquêtes interminables qui ne sont toujours que des fins de non-recevoir.

Pour les questions d'ordre plus général, et qui n'ont pas autant le caractère d'urgence, les syndicats des différents arrondissements pourraient s'entendre et formuler des vœux collectifs et généraux.

Article II. — « La durée de cette association est illi« mitée, ainsi que le nombre de ses membres.

« Cette association syndicale doit tendre à ce que tous les « médecins de l'arrondissement de X... en fassent partie. »

Cette association doit avoir évidemment une durée illimitée, puisqu'elle représente, non une société commerciale, à intérêt restreint et défini à l'avance, mais une société de perfectionnement dans une corporation qui se perpétue sans cesse, se renouvelle toujours sans jamais mourir, tendant indéfiniment à se modifier d'une façon progressive et continue.

Pour que ce perfectionnement puisse se faire sûrement et produire des fruits à tous les membres du syndicat, tous les médecins exerçant légalement, à quelque titre que ce soit, doivent en faire partie, ils sont les premiers intéressés à soutenir et à observer individuellement les décisions collectives.

Les médecins réunis en syndicats n'ont, il est vrai, aucun pouvoir pour obliger leurs confrères à accepter leur association, mais ils doivent y tendre de tous leurs efforts, pour arriver aussi près que possible de l'unanimité de la circonscription.

Article III. — « Cette association a pour objet :

« L'étude de toutes les questions professionnelles en « général, et en particulier de celles qui peuvent se pré« senter dans l'arrondissement de X... »

Il ne faut pas se le dissimuler, le syndicat par cela seul qu'il sera établi n'aura pas résolu toutes les questions de déontologie médicale, il n'aura pas de pouvoir magique, mais il sera mis dans la possibilité de pouvoir les étudier, de les discuter avant de les proposer aux membres adhérents ou aux administrations.

C'est seulement alors, lorsque le syndicat sera formé depuis un certain temps, que les questions si graves de déontologie médicale pourront être étudiées; telles sont les questions des bureaux de bienfaisance, de secours mutuels, de recouvrement d'honoraires, de rapports de médecins entre eux, etc.

Ces questions sont si défectueuses aujourd'hui, qu'elles appellent une solution avec une impatience bien légitime; mais encore faut-il les étudier longuement, sûrement. C'est un écueil de les aborder avec impatience, et de les traiter avec précipitation. Ce sont des questions qui auraient tout à gagner si elles étaient étudiées *cum numero pondere et mensurâ.*

Article IV. — « Elle a pour but :

« 1o L'union intime confraternelle de tous ses membres.

« 2o Cette union produisant une solidarité profession« nelle.

« 3o Et par suite, la tendance à éveiller, fortifier et « encourager, parmi les médecins, tous les sentiments mo-

biles et actions propres à augmenter leur dignité, leur considération, et partant leur bien-être.

Il est inutile de se faire illusion, il faut avoir le courage de se l'avouer: le grand mal de la profession médicale, *c'est la désunion entre ses membres, permettant l'exploitation du médecin par le client* et cela, à notre insu, à notre détriment.

Il serait singulier que, tandisque tous les membres de toutes les corporations professionnelles tendent à s'unir pour se défendre et chercher dans un intérêt général l'intérêt particulier de chacun, que dans la profession médicale seule chacun de ses membres aurait intérêt à s'isoler. Voilà pourtant où nous en sommes, par envie, jalousie ou vanité; avec l'aide intéressé du public qui nous divise.

L'union produit la solidarité et, par là, commande le respect et la dignité pour soi et pour ses pairs; et ce respect est commandé au public par l'exemple de celui que nous nous donnons entre nous.

Des vérités paraissent banales à force d'être vraies; malheureusement elle ne sont pas toujours mises en pratique dans la profession médicale.

La désunion était le grand mal.

L'union sera le grand remède.

Article V. — « La Société syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de X. prend pour devise :

« *Union confraternelle.*

« *Solidarité professionnelle.*»

Cette union est une chose si désirable, si nécessaire, que après ce qui vient d'être dit plus haut ce n'est pas trop de la consacrer par ma devise :

Union professionnelle.

Solidarité confraternelle.

Ces quatre mots résument toute la révolution que le *Concours médical* a osé tenter dans le monde médical français.

Art. VI. — « A une époque, qui sera fixée lors de la première réunion générale, les médecins de l'Association « syndicale de l'arrondissement de X... se réuniront en Assemblé générale pour y délibérer et y statuersur toutes « les questions qui seront inscrites à l'ordredu jour.

Il ne suffit pas de s'associer, il faut se voir, se pénétrer des mêmes pensées. On se croyait ennemis, et pourtant on était amis. Le public qui servait d'intermédiaire nos relations avait soin de nous diviser, et par là nous commandait.

Quand on se sera vus de près, on s'avouera que, depuis toujours on avait les mêmes aspirations. Aussi il est bon de se fréquenter, de se réunir souvent par des réunions partielles, chez un des confrères, où l'on discuterait les questions plus locales, les faits particuliers qui ne peuvent pas prendre place à l'ordre du jour des Assembléesà générales, et elles y seraient résolues selon les règles générales posées et admises.

Il serait bon chaque année d'avoir deux réunions générales, mais le budget des dépenses, à moins d'une cotisation trop élevée, ne le permettrait pas.

Cette Assemblé générale serait une véritable récapitulation des travaux de déontologie médicale du courant de l'année. C'est là que les différents vœux prendraient la forme de décision de l'assemblée syndicale des médecins de l'arrondissement; pour devenir quasi-officielle et acquérir plus d'autorité prés des administrations et des confrères. — Cette réunion serait une sor te d'assise, de cour professionnelle, il est bien entendu qu'il ne s'agit point de chambre de discipline.

Art. VII. — « 1o Les convocations ont lieu quinze « jours avant la réunion au nom du président du syn- « dicat par les soins du secrétaire.

« 2o Les lettres de convocation doivent contenir l'or- « dre du jour.

« 3o Cependant toute question soulevée dans le cours « d'une assemblée pourra être traitée immédiatement. si « l'assemblée y consent, à l'exception toutefois de sta- « tuts eux-mêmes, ou des questions qui s'y rattachent, « pour lesquelles il devra toujours en être fait mention à « l'ordre du jour.

Cet article est une sorte de procédure la plus élémentaire possible, sauvegardant à la fois les prérogatives de l'administration du syndicat, les statuts, mais laissant, à chaque membre, une initiative pleine et entière à l'exception des cas statutaires,qui sont d'un intérêt tellement général et supérieur, qu'ils ne peuvent venir en discussion comme par surprise.

Art. VIII. — « La présence aux Assemblées générales « est obligatoire pour tous les membres, en ce sens que « les sociétaires qui ne peuvent assister à la réunion « devront écrire au président pour s'excuser et déclarer « qu'ils adhérent à l'avance aux décisions qui seront « prises en leur absence.

L'obligation absolue de la présence aux Assemblées générales serait une utopie, l'expression obligatoire dans l'article VIII ne veux que consacrer le principe ds l'obligation morale.

Cette obligation est toute morale, elle veut dire une pressante invitation pour tous les membres d'assister aux réunions générales.

Si l'on veut devenir une force par l'union, il faut que cette union soit effective et ostensible, les décisions prises par un petit nombre de présents au nom d'un grand nombre d'absents n'auraient aucune autorité et courraient le risque de tendre au ridicule.

Que tous ceux qui le peuvent se croient donc dans l'obligation d'assister aux réunions, que ceux qui, dans une année, se verront dans l'impossibilité d'y assister, envoient au président une adhésion aux résolutions qui seront prises, afin de ne pas amoindrir, par leur absence, l'autorité du syndicat.

Art. IX. — « Après chaque assemblée générale, il est « fait, par les soins des syndics, un compte-rendu des « travaux lus à la Séance, des discussions qui ont eu « lieu, et des résolutions qui ont été prises.

« Ce compte-rendu imprimé aux frais du syndicat, est « adressé à chaque membre qui ne pourra s'en désaisir, pour être prêté à des tiers, sous aucun prétexte quece soit.

Ce qui se dit s'oublie, ce qui s'écrit demeure; de là la nécessité d'un compte-rendu des assemblées générales, compte-rendu imprimé aux frais du syndicat, pour être distribué à tous les membres, afin que ceux qui étaient présents se souviennent, et que ceux qui étaient absents n'en ignorent.

Ce compte-rendu imprimé, en nombre limité, ne doit pas entrer dans le domaine du public. Il peut contenir en effet des aveux professionnels ou des résolutions, prises, qu'il serait toujours inutile et souvent dangereux de laisser connaître, ou de jeter en défi aux clients qui sont le public.

Je saisis cette occasion pour déclarer que le syndicat

sans être une société secrète ni occulte, ne doit pas non plus fronder ni les clients, ni l'administration, il ne doit pas faire acte de fanfaronnade, ce n'est pas là le signe de la vraie force. Après s'être constitué, il doit avoir foi dans l'union et la solidarité de ses membres et attendre patiemment qne les événements ou les circonstances viennent constituer son ordre du jour.

Le grand écueil, je l'ai dit tout à l'heure, je le répète encore une fois, ce sera de vouloir traiter tout de suite les questions qui, à la vérité, sont urgentes, mais qui, si elles paraissent avoir été traitées à la légère et avec précipitation, n'auront ni le poids, ni l'autorité suffisante pour s'imposer. Gardez-vous d'aller trop vite en réglementation, je voudrais que les syndicats, pendant les premiers temps de leur existence, n'aient qu'une seule pensée : resserrer et maintenir l'union des membres associés ; avant d'agir il faut s'assurer de la cohésion des adhérents, et ce n'est pas trop que d'y passer une année. Cette union produira déjà inévitablement les fruits inséparables d'une bonne confraternité.

Avec cette union professionnelle on observera déjà l'un envers l'autre toutes les règles que tout le monde puise dans la bonne entente, ce sera déjà considérable, et le premier résultat tout naturel sera la garantie de l'avenir.

Encore une fois, j'insiste sur ce péril; gardez-vous de la précipitation dans vos ordres du jour, beaucoup de syndicats y tomberont et plusieurs y périront.

Art. X. — « La réunion de l'assemblée générale sera « suivie d'un banquet offert aux membres présents aux « frais du syndicat. »

Il est de toute nécessité que la réunion générale se termine par une fête, la fête de la bonne confraternité, dans un banquet offert à tous les membres présents.

C'est à ce banquet surtout, qu'oubliant pour un instant la fatigue et les ennuis, on s'aperçoit que l'on forme une grande famille, dont les frères épars sont un instant réunis. J'avoue n'avoir jamais éprouvé ailleurs ce je ne sais quoi qui fait que j'ai toujours pensé à notre réunion annuelle avec bonheur.

Les frais du banquet sont faits par la caisse syndicale, il ne faut pas se le dissimuler, les frais supplémentaires empêcheraient bien des confrères de se réunir, et si le banquet est payé par la cotisation annuelle, il semble que l'invitation est plus pressante, que ceux qui assisteront aux délibérations et à la fête de famille qui suivra, sont la famille elle-même, et non quelques privilégiés, sorte d'état-major, il faut que la syndication soit une sorte de démocratie.

Cette vérité a été jugée par la *Société médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord*, qui comptait en 1880 près de 100 membres, et qui en réunissait près de 60 en assemblée générale, tandis que d'autres associations comptant plus de 200 membres n'en réunissaient que quelques-uns.

Si l'on paie un supplément pour le banquet, il faut faire acte de volonté pour y assister; si le banquet est payé, l'invitation se trouve être tellement pressante, qu'il faut faire acte de résistance ou d'impossibilité pour ne pas y assister.

Ces faits sont le résultat d'une expérience d'une association qui déjà compte près de huit années d'existence.

Art. XI. — « Chaque associé s'engage à payer annuellement, le jour de l'assemblée générale une cotisation de « quinze francs au trésorier du syndicat, pour les frais « et besoins de l'association. »

Un syndicat sans caisse, ce serait un corps sans âme; ce serait un syndicat mort-né, car le premier acte d'un syndicat, sa réunion même pour se constituer, sera la cause de frais communs ; il faut donc une caisse par voie de cotisation.

Cette cotisation sera fixée par le syndicat lui-même. Je propose la somme de quinze francs, parce que cette somme a suffi à la *Société médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord* pour se développer, avec l'aide, il est vrai, généreuse et désintéressée de ses fondateurs, auxquels je rends hommage ; mais enfin il se trouvera toujours des médecins désintéressés qui, dans un effort commun, sauront gratuitement aider de leur personne, de leurs démarches et de leur influence.

Je disais donc que la somme de *quinze francs* avait suffi pour les frais du banquet, l'impression du compte-rendu, circulaires et convocations et frais divers,tels que voyages dans un but commun décidés par le syndicat.

Art. XII. — « En cas de dissolution de l'Association « syndicale, l'avoir de la Société syndicale sera versé à « la caisse desdes écoles, ou employé à la création de « bourses dans les écoles de l'État. »

En cas de dissolution, la répartition entre les membres dissous serait peu digne et peu juste, car on ne pourrait considérer également les anciens et les nouveaux sociétaires. Une œuvre intellectuelle et de bienfaisance est le seul moyen juste et digne d'utiliser l'avoir du syndicat en dissolution.

Art. XIII. — « Tout membre qui cesse de faire partie « de l'Association syndicale des médecins de l'arrondissement de X..., quelle qu'en soit la cause, n'a droit à « aucun remboursement. »

Cet article n'a besoin d'aucun commentaire, par sa cotisation le membre sortant avait droit à la protection commune, il a bénéficié de cette protection, tout remboursement serait injuste.

Art. XIV. — « Les médecins de l'arrondissement de X... « seront individuellement invités à se réunir en syndicat, et à accepter les présents statuts comme base de « l'Association syndicale.

« Tout médecin nouvellement exerçant dans l'arrondissement de X..., recevra du président de l'Association « syndicale une invitation d'adhérer aux présents statuts, « il formulera son adhésion par une lettre qui restera aux « archives de la Société. »

Cette invitation de l'association vers les individualités, a pour but de mettre déjà en pratique l'article II, qui donne à l'association le devoir de tendre à ce que tous les médecins d'une circonscription fassent partie de la syndication. La majorité des médecins d'une circonscription serait déjà une grande force, l'unanimité serait la toute-puissance.

Dr C. Cauchy.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

11 Février 1882 — 4me Année. — N° 6

SOMMAIRE

I

BULLETIN

M. *Tillaux* communique à l'Académie l'observation d'un fait remarquable au point de vue de la clinique et de la chirurgie. Il s'agit d'un torticolis fonctionnel des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze, traité par la résection du nerf spinal. La femme, qui fait le sujet de cette observation, était âgée de trente-deux ans; elle entra le 15 novembre 1879 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Desnos, pour faire traiter cette affection singulière. Quand la tête était soutenue et maintenue en place, elle ne présentait aucun phénomène anormal; mais quand cette partie venait à être abandonnée à elle-même, aussitôt la malade la sentait entraînée d'une manière irrésistible dans une position toujours la même. Le menton se portait à gauche et la tête, pendant ce mouvement de rotation, se penchait sur l'épaule droite, comme dans le torticolis proprement dit dû à la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il n'y avait pourtant pas de contracture musculaire appréciable à la palpation. La malade, qui ne pouvait pas résister à cette espèce de spasme, ni le contre-balancer par une contraction volontaire des antagonistes, éprouvait alors une douleur excessivement vive dans le côté gauche du cou, au niveau des premières vertèbres cervicales.

M. Desnos considéra cette malade comme atteinte d'un spasme fonctionnel des muscles du cou. Il en parla à la Société de Médecine dans la séance du 15 novembre 1879, et la fit examiner successivement par MM. Vulpian et Laboulbène. Sur leur avis, on la traita successivement pendant plusieurs mois par les courants induits, par les courants continus, l'application d'un aimant, la métallothérapie, etc. Mais elle n'en retira aucun avantage, et elle sortit de l'hôpital plus souffrante peut-être que lors de son entrée.

Tout travail lui était devenu impossible, et le 25 mai 1880 elle se fit recevoir à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Tillaux, espérant que la chirurgie trouverait peut-être contre son mal des ressources plus efficaces que la médecine. Le 8 juin suivant, M. Tillaux, pensant que la branche sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien devait être surtout en cause, se décida à pratiquer la résection du tendon sternal de ce muscle. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, la plaie guérit très vite, mais la situation de la malade resta exactement la même, et elle ne cessait de réclamer une nouvelle opération qui pût la soulager. C'est alors que M. Tillaux songea à la résection du nerf spinal. Ce nerf, presque aussitôt après sa sortie du trou déchiré postérieur, se divise en deux branches, dont l'une, interne, s'anastomose avec le nerf pneumogastrique, et dont l'autre, passant d'abord près de l'angle de la mâchoire, à travers la glande parotide, s'en dégage pour se diriger vers le milieu du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Là elle se partage en deux rameaux, dont l'un se distribue dans le sterno-cléido-mastoïdien, et dont l'autre descend plus bas suivant une même direction pour aller se perdre dans le trapèze.

Ainsi deux muscles sont animés par cette bran-

che externe du nerf spinal, mais non pas exclusivement, car l'un et l'autre reçoivent aussi d'autres branches nerveuses. Ce sont les deux muscles qui jouent le principal rôle dans les véritables torticolis, et on était en droit d'espérer qu'on pourrait faire cesser le spasme fonctionnel en modifiant leur innervation. Déjà, du reste, à l'étranger, on avait traité des affections fort analogues en agissant sur le spinal, soit par la résection, soit par l'élongation.

L'élongation avait donné de très bons résultats à Mosetig dans une opération qu'il avait pratiquée en 1880 sur un prêtre. Mais M. Tillaux s'assura sur un cadavre dont il avait ouvert la boîte crânienne et enlevé les hémisphères cérébraux en respectant le bulbe, que, lorsqu'on tirait sur le spinal, on communiquait en même temps au bulbe des mouvements qui prouvaient un tiraillement violent. Il préféra donc la résection, opération beaucoup plus innocente en ce qu'elle n'exposait pas à une lésion du bulbe. Pour arriver sur le nerf spinal, M. Tillaux pouvait choisir entre deux procédés ; il pouvait : 1° faire une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; 2° suivre le bord postérieur de ce même muscle. Il préféra cette dernière voie comme exposant moins à léser des vaisseaux ou des nerfs autres que le spinal.

Le 15 décembre dernier, ayant tracé une ligne horizontale au niveau de l'angle de la mâchoire et une autre ligne horizontale au niveau supérieur du cartilage thyroïde, il découvrit, entre ces deux limites, le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; il arriva sur le nerf spinal, qu'il saisit avec un crochet et qu'il réséqua sur une longueur de trois centimètres jusque vers son point d'émergence de la parotide. Puis il fit la réunion immédiate avec pansement Lister. Les suites furent très simples. Quant aux résultats thérapeutiques, ils sont satisfaisants. La malade n'est pas complètement guérie, mais elle peut maintenant parfois vaincre le spasme en faisant effort, et il lui suffit d'avoir la tête appuyée par derrière sur le dossier d'un fauteuil pour que ce spasme ne se produise pas. Peut-être la guérison se complètera-t-elle d'elle-même au bout de quelques mois, comme cela a eu lieu chez le prêtre opéré par Mosetig.

On pouvait se demander si cette résection de la branche externe du nerf spinal n'influerait pas sur la phonation. En effet, Claude Bernard avait considéré le nerf spinal dans *toutes ses parties* comme un nerf phonateur. Suivant lui, la branche externe, en faisant contracter le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, contribuerait à compléter et à prolonger les mouvements de soufflet du thorax pendant la diction soutenue ou le chant. Mais chez la malade on n'a pas remarqué de modification de la voix.

Election. — M. *Schlagdenhauffen* (de Nancy) est élu membre correspondant national de l'Académie dans la quatrième division (pharmacie).

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU JABORANDI ET DE LA PILOCARPINE.

I

Chaque fois qu'une nouvelle substance apparaît à l'horizon de la thérapeutique, cet événement divise le monde médical en plusieurs camps, dont les sentiments se traduisent d'une manière à peu près identique. Il y a d'abord le groupe des gens sceptiques à outrance, qui ne voudraient pas d'autre épigraphe à un formulaire magistral que l'*omnia vanitas* de Salomon, et qui, suivant la phrase célèbre d'un moderne Morgagni, ne sont pas éloignés de considérer l'autopsie comme le but de la clinique ; contempleurs de toute innovation thérapeutique, ils raillent plus ou moins spirituellement les recherches entreprises par les pionniers de la science. En regard, il faut placer les hommes de laboratoire ; les chimistes s'efforcent de déduire à coups de réactifs les propriétés thérapeutiques du médicament nouveau et, vraiment, on ne saurait guère obtenir d'eux de grands secours pour la médecine, tant qu'ils n'auront pas à leur disposition des cornues vivantes au lieu de leurs récipients de verre ou de grès ; les physiologistes sacrifient un nombre considérable de grenouilles, cobayes et lapins sans arriver souvent à s'accorder sur les résultats qu'ils obtiennent. Aussi, tant que les cliniciens n'ont pas apporté leur appoint d'observations faites sur le malade, on peut craindre que le médicament nouveau ne fasse que traverser le ciel de la médecine, brillant, mais fugace météore, étoile filante.

Tel n'est pas le cas du Jaborandi (pilocarpus pinnatus) introduit en France en 1873 par M. Coutinho (de Pernambuco) et dont l'alcaloïde, la pilocarpine a été étudiée par M. Hardy. On a beaucoup écrit depuis cette époque sur ce nouvel agent thérapeutique. Tout le monde s'en est occupé, chimistes, physiologistes et cliniciens, et pourtant on ne sait pas encore très exactement le cas qu'il en faut faire. Aussi nous avons pensé intéresser nos lecteurs par un résumé de la question. Nous passerons successivement en revue les

propriétés physiologiques de ce puissant sudorifique et sialagogue, qui ont été mises en lumière par MM. Gubler, Vulpian, A. Robin, Bochefontaine, etc... et les applications thérapeutiques que tout le monde a essayé d'en faire aux états pathologiques les plus dissemblables.

II.

Les propriétés physiologiques peuvent être résumées en quelques phrases.

D'abord rougeur de la face, sentiment de tension dans la tête, congestion légère de tout le tégument externe; puis afflux de la salive dans la bouche, et diaphorèse, tantôt l'une, tantôt l'autre plus hâtive; ces phénomènes d'hypercrinie, si caractéristiques par leur abondance, s'accompagnent souvent de l'augmentation de la sécrétion des glandes lacrymales ainsi que des glandes muqueuses de l'arrière-gorge, de la trachée et des bronches.

Resserrement de la pupille, quel que soit le mode d'absorption et même par application directe sur l'œil, aussi marqué que le myosis causé par l'ésérine.

Accroissement des sécrétions biliaire et pancréatique : — l'action cholagogue est si énergique, que M. Vulpian a songé à l'utiliser dans certains cas de colique hépatique pour favoriser l'expulsion du calcul engagé dans les canaux hépatique ou cholédoque.

Action nulle sur les sécrétions gastrique intestinale et rénale.

A forte dose, ralentissement d'abord, des battements du cœur qui s'accélèrent ensuite en s'affaiblissant. Toutefois l'action toxique est assez faible; au-dessous des doses de 4 grammes de feuilles de Jaborandi en infusion, de 2 centigrammes de chlorhydrate ou de nitrate de pilocarpine en injection, on ne voit pas en général apparaître les nausées et les vomissements.

L'antagonisme entre la pilocarpine et l'atropine, relativement aux sécrétions salivaire et sudorale, ainsi qu'à l'action oculo-pupillaire, a été vérifié également par Sydney-Ringer et Gould à propos de la sécrétion du lait, qui s'est trouvée nettement augmentée, mais temporairement, par l'administration du Jaborandi à des nourrices.

III.

Des recherches physiologiques découlent les faits cliniques et thérapeutiques que nous allons exposer maintenant.

L'infusion de Jaborandi ou les injections de pilocarpine ont été employées dans les inflammations catarrhales des voies respiratoires.

Déja Gubler s'en louait beaucoup dans les LARYNGITES OU TRACHÉO-BRONCHITES AIGUES *a frigore* : M. Vulpian en a presque toujours observé les bons effets dans ces cas, et l'amélioration se produit alors très rapidement, du jour au lendemain. On peut donc trouver dans cette médication une précieuse ressource contre ces enrouements subits qui succèdent à un refroidissement et font le désespoir des chanteurs. Mais il ne faut point forcer la dose en voulant trop bien faire, sous peine de déterminer un état nauséeux très pénible et même des vomissements.

Dans le cours des affections chroniques des bronches et du larynx, certaines poussées aiguës ont pu être enrayées par l'emploi du Jaborandi et de son alcaloïde.

Gubler lui attribuait le pouvoir de faire avorter les accès D'ASTHME. Dès qu'apparaissaient les premiers symptômes de dyspnée, il administrait le médicament; quelquefois le soulagement était immédiat. D'autres fois il ne se manifestait qu'au bout de quinze à trente minutes, quand la salivation s'était établie; l'auscultation permettait de constater que la sibilance exagérée du début faisait place à de gros râles humides disséminés dans la plus grande partie des poumons; enfin la difficulté de respirer cessait, et l'accès d'asthme était terminé en moins d'une heure (1). — Mackensie a plus récemment fait connaître des succès obtenus par lui dans cette même affection, grâce à des injections quotidiennes de 0,02 centigrammes de pilocarpine (2). Toutefois nous avons dans les injections de morphine un moyen qui réussit en général si bien, que nous commencerons toujours par celles-ci.

Mais le point sur lequel ont été soutenues les plus vives controverses dans ces derniers temps, c'est le rôle de la pilocarpine dans le traitement de la DIPHTHÉRIE. Il importe d'analyser rapidement les travaux parus sur ce sujet, afin de porter un jugement éclairé.

C'est Guttmann qui a publié le premier, en Allemagne, dans la *Clinique hebdomadaire de Berlin*, soixante à quatre-vingt cas de diphthérie traités par la pilocarpine et tous guéris dans un espace de temps variant de un à trois jours. Cet exceptionnel succès a de quoi surprendre, et, surtout quand il s'agit de la diphthérie, nous sommes portés à nous défier des statistiques aussi triomphantes. Lorsque nous avons, l'an dernier, passé en revue toutes les médications préconisées successivement contre le fléau diphthéritique, nous avons fait remarquer à nos lecteurs qu'il n'est pas une d'entre elles qui n'ait, à une certaine époque, et entre les mains de son inventeur, obtenu une éclatante réussite. Faut-il attribuer ces séries heureuses à l'activité variable du poison morbide ou suspecter l'exactitude des diagnostics portés? Mystère insondable : et on continue à mourir de la diphthérie !

Quoi qu'il en soit, Guttmann prescrivait à l'intérieur le chlorhydrate de pilocarpine et la pepsine, associés, suivant une formule dont les proportions ont été diversement modifiées :

Chlorhydrate de pilocarpine.	1 à 5 centigr.
Pepsine..................	1 à 8 grammes.
Acide chlorhydrique dilué....	I à XII gouttes.
Eau distillée..............	80 à 150 grammes.

(1) Journal de thérapeutique, 1875.
(2) *Lyon médical.*

Le malade prend, toutes les heures, une à deux cuillerées à café de cette mixture, suivies d'une quantité égale d'un vin généreux et stimulant, tokai ou champagne.

La méthode de Guttmann, peu connue en France jusqu'à l'année dernière, a attiré vivement l'attention à la suite d'une observation fort intéressante présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Lereboullet, et dont nous croyons utile de rappeler à nos lecteurs les principaux détails. Une petite fille de onze ans était prise très brusquement d'une angine avec fièvre vive, adénite sous-maxillaire et cervicale et œdème du tissu cellulaire ambiant. Les amygdales étaient couvertes de fausses membranes dont l'aspect grisâtre, la disposition, la consistance et l'odeur fétide ne pouvaient permettre au diagnostic d'errer et de se rattacher à une angine herpétique, malgré la brusquerie du début. Le traitement institué consista en pulvérisations et gargarismes d'eau de chaux phéniquée, perchlorure de fer à l'intérieur, alimentation tonique. Malgré ce traitement qui, dans l'état actuel de nos connaissances, représente ce qu'on peut faire de plus rationnel, les fausses membranes devenaient de plus en plus épaisses et envahissantes. La respiration était difficile, la déglutition impossible; l'inappétence complète et l'albuminurie avaient fait porter un pronostic des plus sérieux à M. Archambault appelé en consultation. Un premier accès de croup avait éclaté, lorsque M. Lereboullet institua la médication suivante. Sans cesser les pulvérisations phéniquées dans la gorge et les narines, on entoura le cou de l'enfant d'une cravate de glace, on fit des lotions et frictions de la peau avec de l'eau éthérée et alcoolisée, on soutint les forces avec des lavements de peptone, enfin on fit deux injections sous-cutanées contenant chacune cinq milligrammes de nitrate de pilocarpine; un deuxième accès de croup avait failli emporter l'enfant, lorsque la salivation se manifesta assez abondante concurremment avec le rejet de fausses membranes épaisses et nombreuses; les jours suivants on fit trois injections de pilocarpine, et les voies respiratoires continuèrent à se déterger de leurs exsudats pseudo-membraneux. Bientôt l'état général fut bien meilleur et l'enfant guérit. En terminant le récit de cette intéressante observation, M. Lereboullet déclarait, avec une prudence et une réserve tout à son honneur, que si, à la vérité, il se croyait en droit d'attribuer surtout à la pilocarpine l'expulsion des fausses membranes et la cessation du croup, l'ensemble de la médication et les soins éclairés des parents avaient une bonne part dans le succès final.

Bientôt de nouvelles observations vinrent corroborer la précédente. M. Cassin (d'Avignon) (1) traita un enfant de six ans atteint d'angine et bientôt de croup avec tous les caractères de malignité: dyspnée paroxystique avec sifflement laryngien, face pâle et bouffie, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et du cou, suintement séreux des narines, pouls fréquent et petit. A défaut de pilocarpine, il administra une infusion de 50 centigrammes de jaborandi dans 180 grammes d'eau par cuillerée, toutes les deux heures; ce fut une diaphorèse abondante qui s'établit plutôt que la salivation. Les crises de suffocation diminuèrent, puis disparurent. La potion de Guttmann à la pilocarpine avait été, le second jour, subtituée au jaborandi et continuée jusqu'à la guérison. Un succès aussi complet fut obtenu par le Dr Gérard (1) chez un enfant de dix ans dont l'état semblait désespéré.

(1) Lyon médical 1881.

Un instant on s'était demandé si la pilocarpine avait une action quasi spécifique contre la diphthérie. Mais voici un cas rapporté par le Dr Lemoyne (de Lorient) (2) qui, tout en confirmant l'utilité du médicament, permet de saisir son mode d'action. Le malade, âgé de six ans, avait été trachéotomisé presque dans la période asphyxique; mais le soulagement n'avait été que momentané, et le lendemain soir la respiration était redevenue bruyante et embarrassée. Une injection de cinq milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine sous la peau du cou fut suivie au bout de quelques minutes d'une salivation abondante et du rejet, par la canule, d'un flot de mucus et de fausses membranes. Le jour suivant deux injections furent faites encore, et, l'amélioration étant notable, on cessa la médication. Mais quelques heures après l'enfant fut pris presque soudainement d'une crise d'asphyxie, et notre confrère trouva son petit malade : regard terne, facies pâle, lèvres bleuâtres, extrémités froides. La canule enlevée, il chercha vainement à extraire avec une pince une fausse membrane qu'il apercevait dans la trachée; il pratiqua une injection de pilocarpine de un centigramme au devant de la poitrine. Cinq minutes après, l'enfant, pris d'une quinte violente, rejetait par la plaie trachéale un grand nombre de fausses membranes baignées de mucus; l'une d'elle présentait la forme de l'éperon bronchique.

Les efforts de toux durèrent ainsi près d'une demi-heure, expulsant chaque fois des débris pseudo-membraneux. Peu à peu le visage de l'enfant se colorait, exprimant un soulagement extrême, et tout rentrait dans l'ordre. Quelques jours encore, le traitement fut continué et la guérison s'effectua. — Le narrateur de cette émouvante observation conclut que la trachéotomie seule n'eût pas sauvé son petit malade, que l'honneur en revient aux injections répétées de pilocarpine, enfin que l'action bienfaisante de celle-ci est due à l'hypersécrétion muqueuse qu'elle provoque, détachant et entraînant à l'extérieur les fausses membranes qui obstruent les voies respiratoires.

Puisque nous instruisons l'enquête sur la pilocarpine, il convient d'enregistrer en regard des témoignages laudatifs, les critiques et les réserves.

(1) Nouveau journal médical 1881.

(2) Journal de Médecine et de Chirurgie 1881.

M. P. Landowski, (1) est de ceux qui font des réserves. Il a constaté d'abord que l'action de la pilocarpine était des plus variables; il a eu des petits malades qui ont commencé à saliver au bout de trois cuillerées à dessert de la potion suivante:

Chlorhydrate de pilocarpine.	0,04 centigrammes.
Eau distillée.............	80 grammes.
Sirop....................	20 —

D'autres n'ont commencé à saliver qu'au bout de 6 à 8 petites cuillerées.

Une petite fille a eu une transpiration abondante, sans trace de salivation. Chez un autre sujet, comme on ne voyait paraître ni transpiration, ni salivation malgré une dose assez considérable, on suspendit la médication; mais six heures après, l'enfant fut prise simultanément d'une salivation et d'une transpiration extraordinaires.

M. Landowski croit que la pilocarpine peut débarrasser les amygdales et l'isthme du gosier de leurs exsudats, mais qu'elle n'a aucune action sur ceux qui se forment dans le larynx. S'il a obtenu quelques résultats encourageants dans l'angine, il n'en a retiré aucun avantage dans le croup. En tout cas, en employant la pilocarpine, il faut nourrir le malade d'une manière continuelle, lui faire boire des grogs, du vin blanc, etc. Enfin notre confrère la déconseille positivement chez les enfants affaiblis; car quelques cuillerées de la potion occasionnent, dit-il, quelquefois une adynamie profonde contre laquelle on n'a pas le temps de lutter.

Le Dr Greza Faludi (2) a publié le résultat de ses expériences d'après la méthode de Guttmann et voici ses conclusions. La pilocarpine ne paraît pas supérieure au chlorate de potasse et au perchlorure de fer et ne saurait être considérée comme un spécifique contre la diphthérie; elle rend surtout des services dans les cas légers où la maladie reste limitée aux cavités buccale et pharyngienne; elle n'empêche pas le processus morbide d'envahir le larynx et les voies aériennes; il ne faut pas oublier, quand on l'administre aux petits enfants, les effets de dépression consécutifs; aussi est-il nécessaire de recourir simultanément aux stimulants, surtout aux vins généreux.

On voit que ces conclusions se rapprochent de celles de M. Landowski. Quant à la variabilité des effets notée par ce dernier, on en trouverait peut-être l'explication dans les récentes recherches de Harnach et Meyer (3) qui ont découvert qu'un second alcaloïde, d'action notablement différente, se produirait par décomposition de la pilocarpine et se rencontrerait fréquemment dans les préparations du commerce; ils lui donnent le nom de jaborine.

IV

La pilocarpine dans la *pleurésie* n'aurait pas l'action abortive qu'on lui avait attribué d'abord; elle n'a pas, d'après M. Spillmann, d'action bien évidente tant que la période de la maladie à laquelle la résorption du liquide se fait habituellement n'est pas arrivée. Pourtant quelques praticiens ont vu disparaître par cette médication beaucoup plus rapidement que par les vésicatoires des épanchements abondants.

Gubler avait cru, et avec lui M. Albert Robin (1) que le *rhumatisme articulaire aigu* se trouverait heureusement modifié par le jaborandi.

L'expérience n'a pas confirmé ces vues, et M. Vulpian a fait remarquer que, les sueurs des rhumatisants n'ayant pas de caractère éliminateur et contribuant à les débiliter, il ne saurait y avoir d'intérêt à augmenter celles-ci. Par contre, la sudation étant favorable au *rhumatisme chronique* et surtout *musculaire*, on peut alors utiliser le jaborandi ou son alcaloïde.

L'emploi de ce médicament dans les *néphrites* a donné lieu à de nombreuses controverses. Gubler pensait qu'il agissait favorablement dans la période congestive du mal de Bright. Le jaborandi qu'il employa d'abord fatiguait trop l'estomac; mais, depuis qu'on emploie l'introduction hypodermique de l'alcaloïde, on a obtenu de bons résultats. C'est surtout l'œdème qui diminue, d'après nos propres expériences, plutôt que l'albuminurie. Le Dr Costa (de Rio-Janeiro), et d'après lui M. Dujardin-Beaumetz croient que cette médication est surtout utilisable dans les cas d'albuminurie chronique ayant pour point de départ de brusques variations de température, comme on en voit dans les climats très chauds, au Brésil par exemple. — L'anasarque scarlatineuse n'a pas paru bien améliorée par la pilocarpine, qui, à cause de son action dépressive sur le cœur, doit être considérée comme plutôt nuisible dans les hydropisies cardiaques.

Les résultats obtenus dans l'éclampsie puerpérale ne sont nullement caractéristiques.

Mais avant d'en finir avec les affections rénales, nous devons parler de l'influence de la pilocarpine sur la polyurie. M. Huchard a eu dans son service, à l'hôpital Tenon, un malade atteint de *polyurie azoturique* qui avait été traité sans succès par la belladone, le bromure et l'iodure de potassium, l'opium, la morphine, l'ergot de seigle et l'électricité; on lui pratiqua pendant une quinzaine de jours une injection d'un centigramme de nitrate de pilocarpine. La quantité d'urine émise en 24 heures tomba de 10 à 2 litres; l'urée excrétée, de 90 grammes à 25, et le malade augmenta de 8 kilogrammes en 2 mois. — Un autre polyurique, glycosurique, vit son urée tomber du jour au lendemain de 90 à 30 grammes par une injection de pilocarpine. Voilà certes des résultats encourageants.

M. Huchard a également fait disparaître plusieurs fois l'*anesthésie hystérique* par des injections de pilocarpine; et dans trois observations

(1) Journal de thérapeutique 1881.
(2) *Gazette médico-chirurg. de Pesth*, 1881, et *Bulletin de thérapeutique*.
(3) *Revue des Sciences Médicales*, 1881.

(1) *Journal de thérapeutique*, 1875.

une élévation de la température locale de plusieurs dixièmes de degrés du côté anesthésié fut notée après chaque injection (1).

Puisque nous en sommes à parler du tégument externe, disons qu'on a essayé la pilocarpine contre le prurigo et le psoriasis sans résultats nets.

Nous ne finirions pas de sitôt si nous énumérions tous les essais qui ont été faits; on l'a employée dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, les oreillons, et autres fièvres éruptives, la fièvre intermittente. On l'a essayée dans les affections inflammatoires subaiguës et chroniques des yeux, et sur ce point nous ne saurions avoir d'opinion.

Tout récemment on l'a vantée contre l'*alopécie* idiopathique (Schmitz et André (2), contre les *sueurs fétides des pieds* (Armaingaud).

Il serait, pensons-nous, prématuré de rien conclure sur tous ces points avant qu'on ait recueilli un plus grand nombre d'observations précises. La même incertitude règne au sujet d'une action excitatrice de la contractilité utérine qui a été attribuée à la pilocarpine et l'a fait employer en obstétrique, notamment pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel (3).

Enfin le Dr J. P. Tessier (4) a proposé de l'utiliser comme *traitement préventif de la rage*, pour éliminer le virus pendant la période d'incubation par la voie des glandes salivaires et sudoripares.

En résumé, s'il est certain qu'on a trouvé dans la pilocarpine un puissant agent d'élimination et accru ainsi d'un chapitre nouveau l'histoire de la médication spoliatrice, on ne saurait encore précisément faire la part entre l'usage et l'abus, la vérité et l'exagération. Le temps seul pourra trancher la plupart de ces questions litigieuses; tenons-nous au courant de tous les faits publiés, observons nous-mêmes sans parti pris, et sachons attendre.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Liberté de la pharmacie pour le Médecin.

Monsieur le Directeur,

Il y a quelque temps je vous écrivais : Comment ordonner les spécialités du *Concours?* Elles ne sont pas dans toutes les pharmacies. Et vous me répondiez : « *Nous n'avons jamais compris et ne comprendrons jamais que les pharmaciens n'aient pas dans leur officine les médicaments ordonnés par les médecins.* »

Quoique tardivement, je relève le gant! Croyez-vous donc que les pharmaciens soient les très humbles serviteurs des médecins, pour que, sur un mot de leur part, ils aient dans leur pharmacie une spécialité qu'on leur demandera *en passant*? Croyez-vous qu'ils auront autre chose que les articles de vente, ceux qu'impose la mode ou la réclame; qu'ils auront toutes les préparations du Codex et même *la moitié des Eaux Minérales*.

Nullement, cher confrère, et *vous ne voudriez pas le leur imposer*, ni vous charger, chose assez platonique, de l'écoulement du produit; car ils vous diraient : nous ne pouvons pas nous exposer à avoir des rebuts. Mais ne savons-nous pas que si le médecin ordonne un remède qu'ils n'ont pas, ils en donnent un autre, en traitant le médecin d'original etc...? Sûrement ils ne se gênent pas avec lui. Et pourquoi se gêneraient-ils? Ils vendent sur indication du médecin, mais il n'ont jamais affaire à lui; ils le voient rarement. C'est le public, au contraire, qu'ils voient, avec lequel ils ont à faire, lui qu'il s'agit d'accaparer. Aussi jamais ils ne refusent un remède quelconque demandé *sur vieille ordonnance* ou *sans ordonnance*. Bien mieux, leur officine est ouverte toute la journée pour vendre des drogues à tout venant.

Monsieur, j'ai mal à la tête; Monsieur, j'ai mal au doigt, j'ai une douleur au côté, à la jambe. J'ai une hernie, une...... uréthrite, leur dit-on.

Et eux de répondre : Prenez ces pilules, prenez cette potion; ça vous fera du bien, ça vous guérira.

Ils font de la médecine toute la journée. Ils vendent plus de remèdes sans prescription que sur prescription; et, *sans se dire médecins*, ils font plus de médecine que les médecins.

Toutes les spécialités ne sont-elles pas des consultations publiques adressées à tous les coins de la France? Tel remède guérit maux de gorge, aphthes, maladies de la bouche et des voies respiratoires. Maladies secrètes guéries sans mercure par tel produit etc..

Les pharmaciens font de la médecine pour vivre et les plus riches sont ceux qui en font le plus. Dans cette ville, où pullulent, comme ailleurs du reste, pharmaciens et médecins, il est des pharmaciens qui ne font pas six francs par jour, mais il en est d'autres qui vont voir les malades à domicile, non comme médecins, mais comme pharmaciens et, de cette manière, vivent, et s'enrichissent. Qui est-ce qui anéantit les *vrais pharmaciens savants, obscurs et pauvres*? Ce sont les pharmaciens industriels. Car la pharmacie d'aujourd'hui n'est pas celle d'il y a 80 ans. Depuis 20 ou 30 années que les chemins de fer ont rapproché les distances, facilité les communications et les transports, les pharmaciens ont cessé d'être préparateurs.

Paris leur livre les drogues toutes prêtes, toutes divisées, étiquetées, meilleures et à meilleur marché que celles qu'ils pourraient fabriquer. Tous les produits animaux, végétaux et minéraux sont livrés au commerce, sous forme de granules, pilules, pastilles, capsules, cachets, paquets, boîtes, flacons à telle dose qu'on veut. Ils les reçoivent et les revendent. D'un autre côté la polyphar-

(1) *Journal de Méd. et Chir*, 1881.
(2) *Journal de Méd. de Bruxelles.*
(3) *Revue des sciences médicales*, 1881.
(4) *Thérapeutique contemporaine*, 1881.

macie des vieilles formules tendant à disparaître pour faire place aux remèdes simples parfaitement dosés et d'une efficacité reconnue; les pharmaciens n'ont plus qu'à jouer le rôle de revendeurs au détail avec 20 0[0 de bénéfice sur le prix marqué. Petit commerce, s'ils n'avaient la médecine avec laquelle et par laquelle ils vivent largement. Plus que les rebouteurs, les adoubaires, les conseilleurs et les somnambules, ils sont, certainement, je crois, les parasites de la médecine.

Ont-ils une vitalité propre. Voyez leurs journaux. Trop souvent ce sont des articles de médecine et de chirurgie copiés dans les journaux de médecine.

Et nous, nous resterions impassibles? Mais si les médecins doivent se réunir dans une société commune, lutter pour leur fortune et leur indépendance, s'il existe un organe du *Concours Médical*, si ce journal indique des remèdes à employer; pourquoi les médecins ne les emploiraient-ils pas directement, sans avoir recours à un tiers; pourquoi ne les fourniraient-ils pas à leurs malades? Qu'importe le voisin et qu'importe la loi! Le soleil luit pour tous et la loi est surannée, faite pour un autre âge. Nous voulons faire réformer les réglements et notre voix n'est pas entendue. Réformons-les nous-mêmes, proclamons notre liberté! Qui s'en plaindra? Personne. Il n'existe pas en France un pharmacien qui consentirait à ne pas délivrer de remèdes sans ordonnance. Je connais ici des médecins qui délivrent à leurs malades les remèdes granulés dont ils ont besoin. Tous les pharmaciens le savent, aucun ne songe à se plaindre pas plus qu'un médecin ne songe à attaquer les pharmaciens qui font de la médecine. Les pharmaciens ne se plaignent pas des sœurs et des moines, des hôpitaux et des droguistes, pourquoi se plaindraient-ils du médecin!

Du reste n'est-il pas absurde que la loi permette au médecin de campagne de tenir pharmacie ouverte et le défendre au médecin de la ville. Quelle différence existe-t-il au point de vue de l'honnêteté et du savoir? Quelle différence existe-t-il entre les clients de l'un et de l'autre? Que veut-on favoriser par là? la médecine ou la pharmacie? Encore une fois ce qui avait sa raison d'être au commencement du siècle est absurde aujourd'hui.

Mais me dira-t-on; vous allez supprimer la pharmacie. Pardon; je ne supprime personne, ni les pharmaciens ni la pharmacie; je veux la liberté pour tous! Que le pharmacien fasse de la médecine tant qu'il voudra! Que le médecin ait entre les mains le remède dont il se sert, comme il a son bistouri et sa lancette. Qu'il n'ait pas à passer par le pharmacien de sa localité ou de sa rue. Qu'il soit libre.

Avons-nous besoin de l'élève de M. X. pour donner une solution de 15 gr. d'iodure de potassium 1 gramme de chloral, 5 centigrammes d'émétique, un collyre quelconque? Et avons-nous besoin de préparer nous-mêmes pilules, drogues et capsules, lorsque les prospectus nous pleuvent tous les matins, lorsque les usines de Paris nous inondent de leurs produits.

Et la médecine des alcaloïdes en granules, ne met-elle pas le remède sous la main et dans la poche du médecin à côté de sa trousse?

Pour moi, cher confrère, je crois que tous ces pharmaciens-médecins auront vécu quand nous nous serons octroyé la liberté d'avoir nos remèdes. Dans une ville ou il existe 10 médecins et 10 pharmaciens, les uns *donnent des remèdes et des consultations* les autres *des consultations sans remèdes*. Quelle infériorité! Aussi les jours de foire les pharmaciens sont encombrés, tandis que les médecins se croisent les bras.

Croyez-vous que notre dignité y perdra; que nos honoraires seront réduits, que le client, qui paye la consultation du médecin et les remèdes du pharmacien, ne payerait pas le médecin s'il s'érigeait en pharmacien?

Au contraire le médecin acquiert un plus grand prestige auprès de son client, lorsque, après avoir consulté, il opère. Dans ce cas, toute la guérison lui est attribuée. Il en serait de même s'il disait: Prenez ceci et guérissez.

Pourquoi disiez-vous jadis aux lecteurs du *Concours*: voilà nos spécialités, mais formulez. Formulez pour retenir vos clients, sans doute, mais ordonnez les spécialités adoptées pour donner de la valeur à la publicité du journal. Hé bien, cher confrère, s'il doit vivre le journal, si la société doit être prospère, ce sera quand les médecins auront tous chez eux les spécialités adoptées par le *Concours*. Les médecins retiendront leurs clients quand ceux-ci ne pourront guérir sans remèdes.

Quant à la dignité, elle est le prestige des bonnes mœurs, de la droiture, de l'honnêteté, de la science, de l'habileté, de l'indépendance et de la richesse. En réclamant pour la liberté du médecin je réclame pour la Dignité médicale. Quel soulagement pour les médecins, le jour où, réunis en société, ils n'auront à consulter que les intérêts de leurs clients et imposeront leurs conditions. Si le *Concours médical* pouvait avoir produit ces résultats, ce serait honneur à lui. Je termine en disant :

Liberté pour eux......Liberté pour nous.

Agréez, etc. Dr Gard

Non, cher confrère, nous ne comprendrons jamais que le *pharmacien* se mette au-dessus de la *loi* qui le place, comme intermédiaire, entre la prescription du médecin et le malade. Au médecin *d'ordonner*, au pharmacien *d'exécuter*. Donc le pharmacien est tenu d'avoir les marques auxquelles vous jugez à propos de recourir. Vous, le médecin qui recourez à ces *marques de fabrique*, vous n'êtes guidé que par le souci de la guérison.

Mais ne dites pas que vous réclamez ces produits spécialisés, en *passant*. Votre pharmacien peut être assuré, au contraire, et vous pouvez bien le lui affirmer, qne votre choix est un choix délibéré et durable.

En admettant que les adoptions de la société viennent à varier, vous savez bien qu'avec votre assistance et au besoin sans elle, le pharmacien **saura bien se débarrasser de quelques médicaments**

qui ont une valeur incontestable, puisque vous avez jugé à propos de les employer.

Loin de lui réclamer toutes les *eaux minérales*, nous ne lui demandons d'être pourvu que d'une eau de chaque classe; ce qui n'est pas excessif, vous l'avouerez !

Quand à conseiller, comme vous, à nos confrères, de délivrer eux-mêmes des remèdes à leurs malades, à l'exemple des pharmaciens, qui exercent illégalement la médecine; nous nous en garderions bien. Nous n'exceptons que le cas du pharmacien refusant de se pourvoir de ce qu'on lui ordonne; dans cette circonstance rien de plus légitime que de pourvoir directement son client.

Qu'on demande à réformer la *loi de Germinal*, qu'on réclame la *liberté de l'exercice* de la médecine et de la pharmacie, *l'unification du diplôme*, *la limitation du nombre des pharmaciens*, etc... Oh! sur ce terrain, le *Concours médical* est prêt à toutes les études, et il les a déjà abordées.

Nous pouvons profiter de l'occasion que nous fournit votre lettre pour dire toute notre pensée.

La Commission nommée par l'assemblée générale du *Concours-médical* étudie actuellement la loi qui régit l'exercice de la médecine, la loi de Ventose an XI. Elle ne faillira pas à sa tâche et espère bien faire œuvre qui vaille. — Dans cet examen elle n'a à prendre conseil que du corps médical.

Quant à la révision de la *loi de germinal*, il n'en est pas de même. Nous lisons dans le *Bulletin commercial de la pharmacie centrale*, un passage d'un article de M. *E. Genevoix*, qui dit qu'à cette heure : *La commission et le conseil de l'association générale pharmaceutique, auront sans doute trouvé, sur un* TERRAIN NEUTRE *un projet de révision de la loi, qui reviendra promptement avec l'assentiment des sociétés locales*.

Si M. E. Génevoix considère comme un *terrain neutre* une commission composée de *médecins* et de *pharmaciens*, dans la proportion du nombre des membres des deux professions, nous pensons qu'il y aurait alors de sérieuses chances d'arriver à une réforme durable de la loi.

Nous doutons fort qu'on entende ainsi le *terrain neutre*. Mais que MM. les pharmaciens se persuadent bien qu'un projet, qui ne ménagerait pas suffisamment les intérêts médicaux, serait un projet mort-né, que le corps médical se chargerait bien de renvoyer à ses auteurs.

Les pharmaciens savent l'*étroite connexion* qui existe entre *l'exercice de la médecine* et *celui de la pharmacie*.

Pour notre part, nous croyons que le jour où on voudra mettre en présence une commission de médecins et de pharmaciens des villes et surtout des campagnes (ils sont les plus nombreux) et leur demander de s'accorder, on établira sur ce véritable *terrain neutre* une juste et équitable législation.

Voici les termes du problème : *Le médecin ne fait pas de pharmacie ; le pharmacien ne fait pas de médecine*. — On n'assimile pas à l'exercice de la médecine les conseils, sans grande conséquence, que le pharmacien est autorisé à donner au malade qui les réclame. On détermine aisément la *mesure* de cette latitude laissée au pharmacien. On ne se guide dans les articles de la loi, que par *l'intérêt du malade* qui doit prédominer sur celui des médecins et des pharmaciens ; on recherche toutes les garanties qui permettent au médecin, comme au pharmacien, de vivre convenablement de l'exercice honorable de de leur profession.

Nous ne voulons pour preuve de la possibilité d'établir ce *modus vivendi* légal, que la constatation de ce qui existe, heureusement, dans nombre de pays. Tous nos confrères savent bien que le pharmacien consciencieux, savant dans son art, acquiert promptement, non seulement la confiance de ses clients, mais encore celle plus précieuse et plus éclairée des médecins qui l'entourent. Dès ce moment, sa situation est inattaquable. Le médecin, assuré qu'il ne sera pas desservi auprès de ses malades, certain que ses ordonnances seront exécutées avec scrupule; que les produits de droguerie seront essayés à leur arrivée dans l'officine; qu'on ne recherchera pas le bon marché; qu'on délivrera les marques qu'il estime; qu'on le préviendrait dans un cas de *lapsus-calami*; quelle raison valable aurait-il d'empiéter sur le domaine du pharmacien?

M. Génevoix, dans la suite de l'article dont nous avons reproduit une phrase, ne parait pas gouter, « quant à présent », le *mouvement syndical*, qui à l'exemple de celui qui a été suscité par le *Concours*, dans le *corps médical*, paraît devoir s'étendre dans le *corps pharmaceutique*.

Nous voyons, au contraire, du meilleur œil, ce mouvement s'accentuer. Nous médecins, nous nous applaudirons d'y avoir contribué par notre exemple; nous prétendons que, même avec les imperfections de la *loi de Germinal*, rien ne serait plus aisé que de faire une réglementation entre les syndicats de médecins et de pharmaciens d'une région. Ces deux assemblées jugeraient et apaiseraient les conflits si fréquents.

Vous nous répondrez peut-être, cher confrère, que nous voyons dans les syndicats une panacée! Nous sommes bien convaincus qu'on trouvera dans leur établissement, plutôt que dans les modifications à la loi, le moyen de faire vivre en paix deux professions honorables, entre toutes, quand elles sont dignement exercées.

Les pharmaciens ont leurs plaies qu'ils connaissent aussi bien et mieux que vous. Ils savent que leurs bénéfices vont sans cesse en se restreignant par ces raisons que vous signalez dans votre lettre; ils savent que, d'autre part, les facilités d'accès à leur diplôme acroissent outre mesure leur nombre; que la concurrence par l'abaissement des prix et le besoin de faire vivre leur famille, excitent à l'empiètement sur les droits d'exercice du médecin.

Par l'accord et rien que par lui; par l'intervention des syndicats; par une étude faite en commun, nous pouvons et devons arriver à la sauvegarde des intérêts du malade et des nôtres.

Permettez-nous, cher confrère, de ne pas nous rendre à vos arguments; de ne pas croire qu'il soit possible et qu'il soit souhaitable pour le médecin de se mettre au-dessus de la loi. Il lui suffit d'exiger du pharmacien qu'il reste dans son droit.

En parlant ainsi, nous sommes bien certain de votre approbation et, en terminant, nous vous assurons aussi que, si un accord, souhaitable à tant de titres, ne pouvait intervenir, le *Concours médical* serait prêt *à ne se préoccuper dès lors que des intérêts du médecin*. En dehors de ceux de nos confrères que la loi autorise à exercer la pharmacie, il est cent pharmaciens pour un médecin qui sortent de leur droit d'exercice légal. Lorsqu'ils ont de leur côté le bon droit, la victoire est toujours aux gros bataillons. Le nombre est du côté du corps médical ; ses revendications sont justes et triompheront assurément, quelle que soit la conduite que lui imposent, dans l'avenir, les difficultés regrettables qui surgissent trop souvent entre médecins et pharmaciens.

II

Une lacune dans l'enseignement médical.

Le Docteur Cazenave de la Roche nous adresse, sous ce titre, un mémoire qui mérite d'arrêter quelque instants l'attention de nos confrères.

Après avoir passé brièvement en revue les immenses progrès réalisés, depuis un demi-siècle, par les sciences en général et plus particulièrement par les sciences médicales, il s'étonne que deux branches de l'art de guérir soient restées en retard : la climatologie et l'hydrologie médicales.

« Les médecins, exerçant comme nous depuis de longues années dans les stations thermales et hivernales, journellement témoins de la portée médicatrice des climats et des Eaux minérales, déplorent amèrement l'absence de notions qui règne encore dans une grande partie du corps médical, en ce qui concerne les indications et les contre-indications médicales de ces deux grands agents modificateurs de l'organisme humain. »

Puis après avoir rappelé quelques ordonnances restées légendaires, il poursuit :

« Toutefois, il est juste de le reconnaître, plus favorisée que la climatologie, l'hydrologie a fait dans ces dernières années de notables progrès, grâce aux nombreux travaux de la société d'hydrologie médicale de Paris. »

Nous partagons pleinement la manière de voir de notre confrère : la plus grande partie du corps médical n'est guère familiarisée avec ces questions de thérapeutique spéciale. Quand un médecin a conseillé à son malade le séjour du Midi, il semble avoir tout dit et se reposer sur d'autres du soin de donner à ce conseil un peu vague un commentaire plus pratique. S'il ne confond plus les sources ferrugineuses avec les sulfureuses, ne lui demandez pas grands détails sur la station qu'il vous conseille, il courrait le risque, à l'exemple d'Orfila, de vous envoyer *baigner à la fontaine de Mauhourat*.

Et comment en pourrait-il être autrement ? Où le médecin aurait-il pu puiser les éléments d'une science qu'on ne lui a pas enseignée ? Le bagage scientifique qu'on retire d'un *guide* plus ou moins exact ou écourté est bien mince, et, vraiment, la figure que nous faisons en pareille occurrence est assez piteuse !

Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'au milieu d'une conversation, devant des gens du monde qui tous d'une façon plus ou moins correcte peuvent prendre la parole, le médecin soit le seul qui ne trouve pas à placer son mot et soit obligé de masquer d'un silence prudent son ignorance de toutes ces matières ?

M. Cazenave de la Roche reconnait pourtant un certain progrès qu'il fait remonter à la société d'hydrologie médicale. Sans diminuer en rien les titres qu'ont, à la reconnaissance du corps médical, les travaux de cette société, qu'il nous permette de réparer un oubli et de rendre hommage au maître regretté qui, rompant avec la routine, traita le premier du haut d'une chaire officielle et d'une façon dogmatique *les Eaux minérales de la France*. — Beaucoup d'entre nous se rappellent le succès qu'obtint Gubler lorsqu'il ouvrit ce cours où ses convictions de savant et ses ardeurs de patriote pouvaient se donner libre carrière ; beaucoup lui doivent de n'être pas tout à fait étrangers aux questions d'hydrologie médicale.

Après avoir indiqué le mal, M. Cazenave de la Roche en cherche le remède : il repousse l'influence trop envahissante des météorologistes et estime que c'est médicalement qu'une question médicale doit être envisagée. Il craint que la réunion des diverses sociétés locales, assurément très compétentes chacune dans son milieu spécial, ne donne pas un résultat favorable et que « *ce concours de tous ne vienne se heurter à un individualisme étroit et stérile*. — Le plus sûr moyen d'élever la climatologie et l'hydrologie médicale au niveau des autres sciences et d'en généraliser les notions au sein du corps professionnel, serait de créer, dans chacune de nos Facultés, une chaire exclusivement affectée à l'enseignement de ces deux branches de la médecine ».

Là, est en effet, la solution de la question, et l'initiative si heureusement prise par Gubler, montre qu'un tel enseignement aurait sa raison d'être. Nous ne trouvons certes rien de superflu dans l'enseignement de nos facultés, mais nous ne craignons pas d'être contredit en disant qu'on paraît oublier trop souvent que cet enseignemnt est destiné à former des praticiens.

Une chaire d'hydrologie et de climatologie médicales devrait exister depuis longtemps et son urgente nécessité n'a pas besoin d'être démontrée : nous osons espérer qu'elle ne se fera pas attendre trop longtemps.

Nous savons qu'à semblables demandes on oppose parfois des nécessités budgétaires. — Ne pourrait-on, tout au moins, dédoubler le cours de thérapeutique et charger un agrégé de traiter ces matières pendant le semestre d'hiver ?

Ce ne serait sans doute là qu'une demi-satisfaction accordée aux justes réclamations de notre confrère, elle permettrait du moins d'attendre.

En terminant, nous ne pouvons que féliciter M. Cazenave de la Roche d'avoir prêté sa parole

autorisée à une revendication que tous nous formulions tout bas et de s'être souvenu que *le Concours* n'a aucune raison pour repousser les innovations qu'à l'encontre du grand public médical, certains affectent de trouver inutiles ou dangereuses.

Dr. A. GASSOT.

III

SERVICE DES ASILES D'ALIÉNÉS

Je lis dans votre numéro du 14 janvier : Un docteur en médecine désire occuper une situation de directeur d'asile.

Les directeurs se recrutent parmi les médecins adjoints, les adjoints se recrutent parmi les internes. Notre administration est très difficile pour les choix.

Un adjoint n'arrive généralement à une *direction*, qu'après 3 ans de grade, il débute à 2,000 fr. ce n'est que 2 ans après qu'il change de classe et arrive à 2,500 fr. Il est donc aujourd'hui matériellement impossible d'obtenir une direction dès le début, on ne peut que poser sa candidature pour une place d'*adjoint* et on attendra un an ou deux comme moi, avant d'être nommé, et encore faut-il qu'on ait été interne d'*asile*.

La médecine mentale est une spécialité, et vous rendriez service aux membres du *Concours* de leur faire connaître le mode de recrutement actuel des *médecins d'asiles*. J'ai été nommé adjoint le 12 août 1880 et ce n'est que le mois d'août prochain que j'ai droit à mon avancement, 2,500 fr. au lieu de 2,000 fr., avec logement, chauffage et éclairage.

Notre confrère peut donc tourner ses vues ailleurs si les circonstances sont impérieuses. Du reste, on n'a qu'à demander à l'*Intérieur* les décrets sur le personnel des asiles publics.

Votre très dévoué.
Dr MATHIEU.
Médecin-adjoint, (à Toulouse).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Blessures par armes à feu.

M. *Vieuss* communique à la Société de Chirurgie deux observations de fracture de l'humérus produites par une balle de revolver. Ce qu'il y a de remarquable dans ces deux faits, c'est que la réunion de la plaie s'est faite par première intention, sauf les orifices d'entrée et de sortie, qui se sont sphacélés; en un mot, il n'y pas eu de suppuration profonde. L'auteur s'appuie sur la bénignité et la marche de la cicatrisation dans ces deux faits pour faire remarquer combien aurait pu être désastreuse l'exploration. Il fait remarquer que le volume du projectile et sa force de projection étant moindres que pour une balle de chassepot, par exemple, les plaies qu'il produit sont moins graves.

M. *Le Dentu*, rapporteur de ce travail, à la *Société de chirurgie*, est entièrement de l'avis de l'auteur, qui pense que lorsqu'on n'a pas lieu de croire que la plaie contient des débris de vêtement et autres corps étrangers, on doit s'abstenir de toute intervention et immobiliser le membre dans une gouttière.

M. *Nicaise*. Pendant le Commune, j'ai eu l'occasion d'observer un fait analogue : une fracture du fémur produite par une balle se réunit par première intention. Quelques faits de ce genre ont été publiés dans une revue, par M. D. Sauti.

M. *Desprès*. J'ai vu plusieurs cas de fractures produites par des balles de revolver où l'intervention du chirurgien a été déplorable; mais, d'un autre côté, j'ai observé plusieurs cas qui m'ont frappé par la facilité avec laquelle la guérison a été obtenue. J'ai eu, dans mon service à Cochin, un sergent de ville chez lequel une balle de revolver avait traversé la deuxième phalange de l'index de la main gauche. Un pansement par occlusion suffit et en cinq jours le malade fut guéri. Dans un autre cas, une femme présentait une fracture comminutive de la clavicule produite par une balle de revolver (de 8 à 9 millimètres de diamètre) qui était restée dans la plaie. Je m'abstins de toute exploration, et cette femme guérit en une quinzaine de jours. Dans un autre cas, un jeune étudiant s'était tiré un coup de revolver dans la poitrine, la balle avait glissé sous la peau et on la sentait à quatre travers de doigt de l'orifice d'entrée; je me gardai bien d'essayer de l'extraire, car les poumons avaient été intéressés, ainsi que le faisait penser l'emphysème que l'on constatait autour. J'appliquai donc une bande de diachylon et quelques jours après le jeune homme pouvait se rendre lui-même à la gare, pour aller dans sa famille.

Je suis donc d'avis que l'on doit, dans la plupart des cas, se garder de toute exploration intempestive et, lorsque c'est un membre qui est intéressé, commander le repos le plus absolu.

M. *Anger*. Je suis entièrement de l'avis de mes collègues, quant à l'abstention, et de plus j'étends ce mode de traitement même aux plaies et fractures produites par des projectiles plus gros, tels que des balles de chassepot. J'ai observé, pendant la Commune, une plaie produite par une balle de chassepot qui avait traversé le genou de part en part; le malade guérit : je n'avais pas touché à la plaie. J'ai observé dans ma carrière cinq ou six cas semblables, qui m'ont décidé à tenir la même conduite en face de toute plaie récente produite par projectile de guerre, c'est-à-dire abstention et immobilisation.

M. *Verneuil*. Jamais, à moins d'indication formelle, je ne touche à une plaie par arme à feu; je me contente d'appliquer un peu de baudruche collodionnée et un bandage de corps, car le tronc et la tête sont plus souvent atteints que les membres. J'ai dans mon service, en ce moment, un malade qui a reçu une balle dans le rachis et qui offre une paralysie du nerf facial; je ne suis, bien entendu, pas intervenu. La plupart des cas que j'ai observés sont résumés dans un travail du docteur Picqué.

M. *Terrier*. J'ai été élevé aussi, comme la plupart de mes collègues, dans cette idée qu'il fallait faire la recherche des projectiles d'armes à feu. Depuis 1870 nous sommes tous revenus de cette idée. Dans l'ambulance de M. Trélat à laquelle j'étais attaché pendant la guerre, jamais nous n'avons fait la recherche des projectiles, et toujours nous avons traité les fractures par arme à feu par l'immobilisation. C'est là, du reste, une pratique qui n'est pas nouvelle, et qui ne l'était même pas à l'époque dont je viens de parler : déjà avant cette époque tous les chirurgiens allemands agissaient ainsi. Il y a d'ailleurs, ici, deux questions distinctes qui demanderaient à être étudiées séparément : celle des petits projectiles qui ont pénétré dans les viscères, et celle des fractures des membres par petites ou grosses balles dont il s'agit en ce moment. Pour ces dernières, la question est résolue à mes yeux dans le sens qui vient d'être indiqué.

M. *Després*. La question posée par M. Le Dentu est très nette; il ne faudrait pas la déplacer. Il s'agit des petites balles de revolver. L'auteur du mémoire rapporté et le rapporteur sont d'accord pour dire que les balles de revolver sont beaucoup plus inoffensives que les gros projectiles. Nous sommes tous du même avis. Voilà une question résolue. Quant aux autres points qui ont été soulevés, il y a lieu de faire des réserves. Ainsi je ne voudrais pas laisser passer sans objection les préceptes de l'immobilisation absolue. J'ai vu une fois l'appareil contentif produire la gangrène. Il m'a paru même que cet accident survenait assez fréquemment à la suite de l'application de l'appareil plâtré, très usité chez les chirurgiens prussiens.

M. *Chauvel*. Tout ce qui vient d'être dit ne serait pas exactement applicable aux projectiles d'armes de guerre. Il faut faire une distinction, par exemple, entre les balles de revolver en usage dans l'armée et celles des revolvers du commerce, qui sont généralement d'un plus petit calibre. Il arrive souvent, dans les plaies par armes à feu de guerre, que les fractures sont comminutives et parfois très graves avec de très grands délabrements. Il est clair qu'en présence de ces cas on ne pourrait pas tenir toujours la même conduite; il faut donc réserver, pour ces cas-là, la question d'intervention, qui est subordonnée à une foule de circonstances, telles que la distance à laquelle le coup de feu a été reçu, l'étendue des délabrements, etc. On ne peut donc pas formuler de prescriptions absolues.

M. *Le Dentu*. La question posée était très simple, elle a été étendue au point qu'on en a fait une très grosse question. De quoi s'agissait-il dans les faits exposés par M. le docteur Vieuss ? De cas de balles de revolver ayant traversé un membre en donnant lieu à une fracture. Il est clair que, dans les cas de ce genre, il n'y a point de projectile à rechercher, puisqu'il est sorti; il n'y a aucune exploration, aucune manœuvre à faire. Voilà la question. Maintenant on vient nous parler de gros projectiles de guerre, de fractures comminutives avec de grands délabrements; il est évident que c'est là une toute autre question, et qu'il serait impossible, comme vient de le dire très justement M. Chauvel, de déclarer d'avance s'il y a lieu ou non d'intervenir. Il n'y a pas davantage lieu de répondre à ce qui a été dit de la pénétration des projectils gros ou petits dans les viscères. Ce n'est pas là la question, ou plutôt ce sont d'autres questions à étudier séparément.

(*Extrait du Bulletin de Thérapeutique.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LA HAUTE-SAÔNE.

Dr A. Maussire, président.
Dr Guillaume, vice-président.
Dr Reibel, secrétaire-trésorier.

Arrondissement de Gray.

Dr Degoix, de Pesmes, délégué;
Dr Massin, de Vauconcourt, délégué.

Arrondissement de Lure.

Dr Paris, de Luxeuil, délégué;
Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, délégué.

Arrondissement de Vesoul.

Dr Coillot, de Montbozon, délégué;
Dr Guilleminot, de Scey-sur-Saône, délégué.
M. Grillon, avocat à Vesoul, conseil judiciaire.
M. Huguet, huissier à Vesoul, mandataire du Syndicat.

Ont adhéré aux présentes et sont considérés comme membres de l'association syndicale des Médecins de la Haute-Saône :

Arrondissement de Gray.

MM. Bertin, de Gray;
Boucon, de Pesmes;
Clément, de Dampierre-sur-Salon;
Degoix, de Pesmes;
Demaiche, d'Oiselay;
Gourdan-Fromentel, de Champlitte;
Guyot, de Tromarey;
Huguet, de Vanne;
Massin, de Vauconcourt;
Richard, d'Autrey-les-Gray;
Serrigny, de Mantoche;
Signard, de Gray;
Vaillandet, de Pin;
Volette, de Dampierre-sur-Salon.

Arrondissement de Lure.

MM. Aubry, de Saint-Loup;
Bailly, de Ronchamp;
Boisson père, de Lure;
Boisson fils, de Lure;
Boilley, de Vy-les-Lure;
Clément, d'Athesans;
Chané, de Fougerolles;
Fournier, de Vauvillers;
Grisey, de Melisey;

Croz, de Luxeuil;
Gauthier, de Luxeuil;
Jeanney, de Saulx;
Juif, de Melisey;
Levrey, de Lure;
Michel, de Saulx:
Miroudot, de Villersexel;
Paris, de Luxeuil;
Poulet, de Plancher-les-Mines;
Simonin, de Lure;
Spindler, de Ronchamp.

Arrondissement de Vesoul.

MM. Biéchy, de Vesoul;
De Boret, de Jussey;
Bontemps, de Jussey;
Blanchot, de Grandvelle;
Blandin, de Port-sur-Saône;
Coillot, de Montbozon;
Corne, de Vesoul;
Guillaume, de Vesoul;
Guilleminot, de Scey-sur-Saône;
Hory, de Morey;
Letellier, de Faverney;
Loiselot, de Passavant;
Maussire, de Vesoul;
Metzgner fils, de Montbozon;
Mouchotte, de Vitrey-sur-Mance;
Pitoy, de Combeaufontaine;
Poirey, de Rioz;
Pourselot, de Rosey;
Plumerel, de Jussey;
Racine, de Scey-sur-Saône.
Reibel, de Vesoul;
Voisard, de Vesoul.

II

SYNDICAT DU MÉDOC.

M. Rafaillac, de Margaux, président.
M. Ferrier père, de Pauillac, vice-président.
MM. Eyquem, de Saint-Médard-en-Jalle,
Rabère, de Pauillac,
Lenourichel, de Lesparre, assesseurs.
M. Dupeux, de Listrac, secrétaire-trésorier.

Membres adhérents :

MM. Berchon, de Pauillac,
Bernard, de Saint-Seurin-de-Cadourne;
Bossuet, de Margaux;
De Bourgade, de Listrac;
Brousse, de Saint-Estèphe;
Dupeux, de Listrac;
Durand, du Verdon;
Eyquem, de Saint-Médard-en-Jalle;
Fauchey, de Saint-Vivien;
Ferrier père, de Pauillac;
Girodier, de Castelnau;
Gorry, de Saint-Laurent;
Hostein, de Saint-Germain d'Esteuil;
Lartigue, de Begadan;
Legendre, de Pauillac;
Legros, de Cissac;
Lenourichel, de Lesparre;
Leylavoix, de Lamarque;
Martin, de Macau:
Mathé, de Margaux;
Pellereau, de Lamarque;
Rabère, de Pauillac;
Rafaillac, de Margaux;
Rambaud, de Saint-Vivien;
Rigaud, de Ludon;
Saint-Arromand, de Saint-Médard-en-Jalle;
Trouche, de Lesparre.

III

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BERNAY (EURE).

M. Tissier, à Bernay, président.
M. Begourdan, à Brionne, vice-président.
M. Dard, à Thiberville, secrétaire-trésorier.

Membres inscrits à ce jour :

MM. Lhomme
Leverdier;
Blain;
Lesueur;
Ducosté;
Pierron;
Salvelle;
Viard.

Plan d'organisation du syndicat médical du département de Lot-et-Garonne :

IV

SYNDICAT DE LOT-ET-GARONNE.

M. Mouchet, président de la Chambre syndicale.
M. Cassius, secrétaire-trésorier.
95 adhérents.

Arrondissement d'Agen.

M. Mouchet, syndic.
29 adhérents.

Arrondissement de Marmande.

M. N....., syndic. (Le premier syndic décédé).
26 adhérents.

Arrondissement de Nérac.

M. Landarrabilco, syndic.
14 adhérents.

Arrondissement de Villeneuve.

M. Biau, syndic.
26 adhérents.

Cercle-syndical des médecins de la ville d'Agen.

14 adhérents.

Cercle-syndical des médecins hors la ville d'Agen.

15 adhérents.

Cercle-syndical de Miramont.

M. Constantin, président.
M. Chambon père, vice-président.
M. Duranthon, secrétaire.
12 adhérents.

Cercle-syndical de Marmande.

14 adhérents.

Cercle-syndical cantonnal de Mézin.

5 adhérents.

Cercle-syndical de Nérac.

9 adhérents.

Cercle-syndical de Monbahus.

M. Biau, président.
M. Perry, vice-président.
M. Austruy, secrétaire.
11 adhérents.

Cercle-syndical de Vilteneuve.

15 adhérents.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

18 Février 1882 — 4me Année. — N° 7

SOMMAIRE

BULLETIN

Après la lecture de la correspondance, M. le président *Gavarret* a annoncé à l'Académie la mort de M. Bussy et a levé la séance en signe de deuil.

La Société protectrice de l'Enfance, de Paris, distribue, chaque année, des médailles à ses médecins-inspecteurs, pour récompenser le zèle qu'ils apportent dans l'accomplissement de leurs fonctions, comme on le sait, toutes gratuites, et les travaux qu'ils publient sur les questions relatives à la protection de l'enfance.

Dans sa séance du 12 février, elle a décerné la médaille d'or à notre excellent collaborateur et ami, le Dr *Gassot*, qui avait déjà été lauréat en 1879 dans le concours ouvert sur cette question : *Dans quelle mesure l'Etat peut-il intervenir pour protéger l'enfance ?*

Nous avons aussi le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que M. le *Dr Gassot père* a été récemment promu officier d'Académie pour les services qu'il a rendus dans les écoles de sa région. Ce ruban violet, dont il est de mode aujourd'hui de paraître faire fi, est peu de chose sans doute; mais si l'on songe à la somme considérable d'activité qu'est obligé de dépenser un *simple praticien de la campagne*, à l'énorme quantité des ervices qu'il lui faut rendre, pour que l'administration songe à lui donner cette bien faible récompense, on pensera, comme nous, que cette distinction est fort honorable pour celui qui l'a méritée et qui en aurait certainement mérité bien d'autres.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MORVE CHEZ L'HOMME

Deux observations, l'une de morve aiguë terminée par la guérison; l'autre de morve farcineuse, terminée par la mort.

Par le docteur V. POULET, de Plancher-les-Mines.

Il y a, dans le cadre nosologique, un certain nombre de maladies qui se présentent si rarement à l'observation du praticien, que bien des carrières médicales se passent tout entières sans une seule occasion de les rencontrer. Aussi, quand le hasard en fait surgir quelque cas isolé, est-on grandement exposé à les méconnaître. De là le rôle et le devoir du journalisme médical de rappeler de temps en temps l'attention sur tout ce qui est exceptionnel, en ayant soin de publier les faits nouveaux qui se produisent. Hélas! c'est le fonds qui manque le moins. La nature est si ingénieuse et si féconde en pareille matière!

Parmi les maladies auxquelles nous faisons allusion, la morve chez l'homme n'est ni une des moins intéressantes, ni une des moins rares. Complètement ignorée de tous les siècles qui ont précédé le nôtre, elle a été signalée, pour la première fois, en France, par *Lorin*, qui rapporta un fait de transmission du farcin des chevaux à l'homme dans le *Journal de médecine, chirurgie et phar-*

macie du mois de février 1812; puis plus tard en Allemagne, par *Schilling*, chirurgien de régiment à Berlin, qui inséra dans *Rust's Magazin*, 1821, une observation incontestable de morve aiguë gangréneuse chez l'homme, et par *Remer*, *in Journal de Hufeland, continué par Osann*, mars 1822; enfin, en Angleterre, par *Muscroft* qui publia dans le *journal d'Edimbourg*, en 1821, l'histoire d'un piqueur, lequel mourut après avoir présenté les symptômes de la morve contractée en dépeçant le cadavre d'un cheval morveux. Mais tous ces faits, quelque intéressants qu'ils fussent, étaient restés isolés, sans écho, et avaient, pour ainsi dire, passés inaperçus.

C'est au professeur *J. Elliotson*, médecin de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, que revient l'honneur d'avoir résolu définitivement la question par son beau travail : *De la morve chez l'homme*, publié en 1831, où il prouve péremptoirement, dans quatre cas bien authentiques, la transmission à l'homme de la maladie des solipèdes.

Dans son mémoire, il discute en outre les faits cités par Travers et attribués à tort à l'irritation constitutionnelle, grands mots dont on se payait trop facilement à une certaine époque, et il en démontre sans peine la véritable nature contagieuse, en faisant ressortir toute la valeur du résultat positif de l'expérience instituée par MM. Coleman, Turner et Sewet. En effet, ces expérimentateurs ayant eu l'idée d'inoculer un âne avec la matière d'un abcès du bras d'un malade, provoquèrent ainsi le développement d'une morve indéniable.

Notons en passant que cet auteur, très compétent, confond absolument le farcin et la morve; car il cite un cas de farcin aigu dans lequel le malade succomba après un petit nombre de jours, avec des *altérations de la muqueuse du nez et des sinus*. C'est là au reste l'opinion du plus grand nombre des observateurs, qui estiment que le virus est le même dans les deux cas et que les différences phénoménales ne sont autre chose que des formes variées d'une seule et même affection.

Selon le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*, la morve aiguë n'est pas toujours rapidement fatale et passe quelquefois à l'état chronique. Dans une écurie où étaient dix-huit chevaux et trois ânes, qui tous furent atteints, dix moururent dans les premiers jours de l'affection; quatre, après que la violence de la maladie eut diminué, restèrent dans le *statu quo* pendant deux mois et, ensuite, furent enlevés par un retour des symptômes inflammatoires. Les sept qui survécurent présentèrent tous les symptômes de la morve chronique et travaillèrent pendant près d'une année dans le pays, quand on jugea à propos de les faire abattre.

Cette citation renferme une donnée précieuse. Car quoi de plus instructf et de plus rassurant qu'un pareil résultat? Comme il répond éloquemment à tous les pessimistes, et il n'en manque pas, qui se hâtent de prononcer un pronostic fatal, dès qu'il s'agit de la morve! Ainsi sur 21 sujets contaminés, sept, le tiers, échappèrent au danger immédiat ou seulement rapproché, et il est probable qu'ils eussent survécu longtemps encore peut-être même guéri complètement, si l'on n'avait cru devoir les abattre.

Peu d'années après la publication du travail d'Elliotson, qui établissait la transmission de la morve du cheval à l'homme, un nouveau pas fut fait en avant. M. *Kerans*, chirurgien du dispensaire d'Abasera (Irlande), révéla un fait très net de transmission de la morve de l'homme à l'homme. Il racontait, en effet, qu'un père avait pris la morve d'un cheval et que le fils la gagna à son tour, pendant qu'il donnait des soins à son père qui avait eu des ulcères pustuleux.

Tandis que la science réalisait ce progrès à l'étranger, la France se taisait, ayant l'air de se recueillir, quand, tout à coup (1837), elle prit part au mouvement, revanche éclatante et à jamais mémorable dont le premier et le principal honneur revient à notre immortel *Rayer*.

Comme certaines découvertes qui restent dans l'ombre, jusqu'à ce qu'un génie vienne les féconder, les généraliser et en faire jaillir toutes les vérités qui y sont en germe, ainsi la question de la morve chez l'homme ne paraît avoir été jugée en dernier ressort aux yeux du monde savant que par les beaux travaux publiés en France, et ce n'est pas une mince gloire pour notre patrie. Le mérite du généralisateur éclipse souvent pour toujours celui de l'inventeur. Si les Anglais ont dérobé justement à Papin le principal honneur de la découverte de la vapeur, on peut dire avec raison que notre Rayer est le Watt de la médecine.

Les travaux de ce savant sont résumés dans plusieurs mémoires lus à l'Académie de Médecine, en mars 1837 et dans un travail communiqué à l'Académie des sciences, le 10 février 1840, et rédigé de compte à demi avec M. Breschet. Aux faits déjà nombreux, mais incomplets, que la science possédait, M. Rayer a ajouté un fait concluant, en vain battu en brèche dans la première assemblée par un vétérinaire distingué M. Barthélemy, et dans la seconde, par l'illustre Magendie. La transmission de la morve à l'homme est sortie triomphante de cette double épreuve. Rien d'éloquent comme un fait. Or, le malade dont il s'agit, a cohabité longtemps avec une jument morveuse; il a contracté pendant ce temps une maladie offrant les caractères principaux de la morve; à l'autopsie, les altérations pathologiques de la morve ont été démontrées sur ce sujet; enfin on a inoculé une véritable morve aiguë à un cheval sain avec la matière empruntée à l'homme morveux. Que veut-on de plus précis?

Passant ensuite à la discussion des caractères de la morve aiguë, M. Rayer admet trois formes de la maladie. Dans une première forme, on observe des ecchymoses, et de la gangrène dans la membrane muqueuse des fosses nasales, et des points d'inflammation dans les poumons; dans la seconde, plus fréquente que la première, une éruption de petites pustules dans les fosses nasales, les unes intactes, les autres ulcérées; et

dans une troisième, la réunion de ces deux premières formes.

L'éruption pustuleuse, qui s'étend souvent à la peau, et la pneumonie lobulaire sont des symptômes communs à l'homme et au cheval. Quant à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ou glandage de *l'equinia glandulosa*, il paraît se rencontrer exclusivement chez le cheval. M. Rayer estime que cela dépend d'une différence d'organisation ; car la gourme, qui n'est autre chose que le coryza du cheval, donne lieu au développement des mêmes ganglions.

Non-seulement le glandage peut manquer complètement chez l'homme, mais il en est de même du jetage par les narines. Cela tient à ce que, plongé le plus souvent dans une prostration extrême, il est alors couché sur le dos et horizontalement et que, par suite, l'humeur morveuse s'écoule plus abondamment dans la gorge, circonstance qui provoque chez l'homme une expectoration muqueuse et sanguinolente qu'on n'observe point chez le cheval.

Quant au caractère de l'éruption nasale, quant à la nature de l'humeur secrétée, tout est identique chez l'homme et chez le cheval. L'éruption se montre non-seulement sur la cloison, mais encore sur les cornets et sur la face postérieure du voile du palais. Toutefois il est à noter que l'éruption nasale chez l'homme, lorsqu'elle n'est pas abondante, ne peut guère être constatée qu'après la mort, tandis que bien rarement on rencontre les mêmes difficultés chez le cheval, dont les fosses nasales, à cause de l'ampleur des narines, peuvent être plus facilement explorées.

Le diagnostic de la morve chronique chez l'homme est encore plus compliqué que chez les animaux. En effet la syphilis et la scrofule, sous forme de lupus, peuvent occasionner des ulcérations profondes dans les narines et, s'il existe en même temps des ulcères de la gorge, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient. Donc, avant d'admettre que des ulcérations dans les narines, avec sécrétion morbide et fétide, observées chez l'homme, sont de nature morveuse, il faut prouver d'abord que ces ulcérations et le glandage ne sont ni syphilitiques, ni scrofuleux. Au reste c'est ce qu'on a pu faire dans plusieurs cas bien observés.

Presque tous les cas de morve aiguë chez l'homme ont été des cas de morve farcineuse, c'est-à-dire, dans lesquels une éruption s'est de plus déclarée à la peau, avec des abcès farcineux dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'éruption morveuse à la peau est plus rare chez le cheval que chez l'homme, parce qu'elle n'apparaît le plus ordinairement que sur les parties dépourvues du poil.

Les lésions les plus caractéristiques que l'on trouve à l'autopsie sont 1_o celle de la muqueuse ptiuitaire, dont les ulcérations sont parfois si avancées qu'elles entraînent la carie des os; 2_o celles du parenchyme pulmonaire, où l'on observe toutes les altérations de la pneumonie lobulaire, puis 3_o, celles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, constituées par une éruption pustuleuse, des ulcérations de mauvaise nature, des abcès, quelquefois de la gangrène. Les lésions de l'appareil digestif sont peu remarquables, si l'on en excepte celles du foie et surtout celles de la rate où l'on constate souvent la présence d'abcès métastatiques.

Le développement spontané de la morve n'a pas été observé chez l'homme; mais elle peut résulter d'une inoculation accidentelle et il y a de fortes raisons de croire qu'elle peut se développer soit à la suite de l'application d'une matière morveuse, en général provenant du cheval, sur une membrane muqueuse écorchée ou non, soit par un séjour habituel dans des écuries habitées par des chevaux morveux (1). Toutes les personnes, sur lesquelles on a observé la morve, avaient été, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études, en rapports fréquents avec des chevaux morveux ou farcineux. Dans le plus grand nombre des faits où l'infection a été seule en cause, les individus contaminés avaient des constitutions détériorées, soit par une mauvaise nourriture ou une habitation malsaine, soit par des excès habituels, soit par des maladies antécédentes; c'est uniquement grâce à leur défaut de résistance qu'ils sont devenus aptes à subir l'influence délétère de l'atmosphère des animaux morveux.

On sait que la morve peut être aiguë ou chronique, c'est-à-dire parcourir rapidement ses périodes en quelques jours, ou n'arriver au terme fatal qu'au bout de plusieurs mois, de plusieurs années même. Or, dans ces deux formes d'une même maladie, la propriété contagieuse est loin d'être égale. La morve chronique se transmet difficilement. Plusieurs vétérinaires distingués MM. Barthélemy, Bouley et d'autres, ont prétendu qu'elle n'était pas contagieuse. M. Leblanc (*Des diverses espèces de morve et de farcin Paris* 1839) cite de nombreux faits à l'appui de la contagion de la morve et du farcin chroniques. Sans doute, il faut des prédispositions pour contracter la morve, mais il en est ainsi de tout autre maladie contagieuse. Comment ceux qui nient la contagion de la morve chronique expliqueront-ils cette propriété de devenir très-aisément transmissible dans les paroxysmes, ou les périodes d'acuité qu'elle est sujette à présenter de temps à autre dans son cours par exemple, lorsque les animaux qui en sont atteints ont travaillé plus activement que de coutume ? Ce fait de l'inégale virulence d'une même maladie dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique a son

(1) Est-il nécessaire que l'humeur morveuse soit portée sous l'épiderme ou à la surface d'une muqueuse pour que la contagion ait lieu ? A cette question, M. Rayer répond : L'observation du mode de transmission de la morve aiguë parmi les chevaux prouve le contraire. Des faits nombreux et authentiques attestent que, lorsqu'un ou plusieurs chevaux morveux se sont trouvés dans une écurie, les premiers effets de la contagion se sont souvent montrés sur les chevaux qui étaient séparés des malades par plusieurs chevaux sains.

analogue chez l'homme dans la syphilis. Toutes, les formes sont donc contagieuses, mais à différents degrés.

Rien n'autorise à établir entre le farcin et la morve proprement dite une ligne de démarcation bien tranchée. Le pus d'un abcès farcineux, inoculé à un âne, a occasionné le développement de la morve. L'homme peut contracter la morve en donnant ses soins à un cheval farcineux. Pour M. Leblanc, la morve aiguë, la morve chronique, le farcin aigu et le farcin chronique ne sont que des formes variées ou des degrés différents d'une même affection générale.

N'ayant pas la prétention d'épuiser mon sujet, j'aurais seulement encore à exposer ici quelques considérations sur le traitement de la morve; mais elles viendront mieux à leur place après la relation des deux observations suivantes.

Observation I

Morve chronique transformée en morve aiguë sous l'influence d'une violente contusion. Guérison par un traitement approprié.

M. F. V. camionneur, âgé de 35, ans doué d'une excellente constitution n'ayant jamais eu la syphilis, me fit appeler le 5 décembre 1879. Les premiers malaises ressentis par lui remontaient à environ six semaines ; ils consistaient en douleurs rhumatoïdes dans les articulations, principalement dans les genoux, en frissons erratiques, soif, céphalalgie, fièvre, insomnie, sueurs nocturnes abondantes. Quinze jours auparavant, il avait été violemment contusionné au nez par un de ses chevaux, qui l'atteignit en relevant brusquement la tête. A la suite de cette blessure, il survint de la tuméfaction du nez, accompagnée de rougeur et d'une vive sensibilité, surtout à droite, et bientôt, pour la première fois, un écoulement sanieux, sanguinolent, fétide, par l'une et l'autre narines.

A mon arrivée, je constate l'aspect livide de la tuméfaction nasale, d'ailleurs si considérable que la face en est rendue méconnaissable. La narine droite est entièrement obstruée par la saillie violacée, sorte de chémosis de la cloison du nez. Le gonflement et l'exquise sensibilité de cet organe empêchent absolument d'entrebailler les narines, dans le but de rechercher la pustulation ou l'ecchymose de la muqueuse. Il existe, sous la mâchoire inférieure, à gauche, un engorgement ganglionnaire très apparent. Tout le corps est couvert d'une éruption papuleuse, fugace. La chaleur est modérée; le pouls élevé à cent pulsations au moins ; les urines sont visqueuses, rosaciques ; la langue est nette, l'appétit médiocre, constipation.

J'apprends qu'en février, il y a par conséquent neuf à dix mois, le malade avait dans son écurie un cheval atteint de farcin chronique, caractérisé par des abcès multiples et volumineux en diverses régions du corps, notamment au flanc droit. Après l'avoir soigné pendant deux mois, il fut, à son grand regret, dans la nécessité de le faire abattre. Il y a quatre mois, un autre cheval qu'il dit avoir été atteint du crapaud, fut, à plusieurs reprises, pansé par lui à l'aide du sublimé corrosif et il se rappelle avoir un jour porté le doigt à son nez pendant qu'il était en train de pratiquer le pansement. Enfin, ce qu'il y a de plus important, c'est que, tout récemment, un jeune cheval de son écurie éprouva les accidents de la morve chronique, sans toutefois interrompre son service : jetage nasal, éruption pustuleuse au fourreau et même à la région dorsale, glandage.

Eclairé par ces commératifs, je diagnostique un retour offensif de la morve chronique, restée latente jusqu'au jour où la contusion du nez est venue lui imprimer une activité nouvelle, ne dissimulant pas à la famille la gravité du pronostic.

L'influence très remarquable, que je signale ici, de la lésion traumatique sur la marche de la morve chronique n'a rien d'inexplicable : j'y reviendrai plus loin.

Traitement : Diète. Saignée du bras de 500 grammes; sang très couenneux. — Potion stibiée à 7 décigrammes qui, administrée le lendemain provoque d'abondants vomissements et beaucou, d'évacuations alvines.

Le 7, amélioration très grande : la tuméfaction a diminué, en perdant sa teinte livide. La respiration se fait bien par la narine gauche et déjà l'expiration volontaire s'opère par la droite. La glande située sous la mâchoire est réduite à un faible volume. Le malade est levé et vaque à ses affaires, sans sortir de la chambre.

Traitement: 3 grammes d'iodure de potassium, chaque jour dans un verre d'eau additionnée de sirop d'écorces d'oranges amères. Trois injections par jour, dans chaque narine, avec une solution glycérinée et phéniquée à 3 0/0.

Grâce à l'emploi de ces moyens, des injections topiques principalement, le flux nasal séro-sanguinolent se tarit peu à peu; les ulcérations de la muqueuse se cicatrisèrent; le gonflement disparut ainsi que le glandage. Vers le milieu de janvier, la guérison eût pu être considérée comme complète, n'était une teinte terreuse, plombée, persistante de la face, une tendance anormale à la fatigue, un peu d'anhélation à la montée.

Mais rien d'aussi difficile à éliminer entièrement de l'économie que le virus de la morve, si ce n'est peut-être le virus syphilitique. On voit le malade bien rétabli et tout semble autoriser le médecin à le déclarer hors de page. Tout-à-coup, sans cause connue, le mal se réveille et, par l'apparition inattendue de symptômes plus ou moins graves, il fait bien voir qu'il n'était qu'assoupi, toujours prêt à manifester sa triste vitalité.

En décembre 1880, de nouveaux accidents éclatèrent. Le malade se plaignait de frissons, de céphalalgie, d'enrouement, de toux, d'accès de chaleur fébrile, de phénomènes d'embarras gastrique. Une potion stibiée en fit à peu près justice. Cependant la santé ne se rétablit pas complètement, le malaise augmenta de plus en plus, et le malade ne pouvant bientôt plus remplir ses fonctions, me fit appeler de nouveau le 17 février.

Il raconte qu'il y a quinze jours, il a senti

comme un abcès crever intérieurement du côté droit de la poitrine, qu'à la suite de cette sensation, il a expectoré un flot de sang et de matière purulente.

Le teint est jaune terreux ; les conjonctives subictériques. L'enrouement persiste sans trace d'angine. La toux est fréquente sans lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation ou à la percussion. La langue est saburrale, l'inappétence complète. Il y a de la douleur à la pression de l'hypochondre droit et la palpation découvre que le foie dépasse les fausses côtes d'au moins deux travers de doigt. Alternatives de constipation et de diarrhée. — Céphalalgie. —. Fièvre. — Soif. — Pouls à 100 pulsations. — Urines safranées. — Sueurs nocturnes abondantes. — Ni éruptions cutanées, ni jetage nasal. — Quelques glandes à la base du cou. — Pourquoi, en présence de cette recrudescence, ne pas revenir au traitement qui avait si bien réussi l'année précédente ? En conséquence, je prescris l'application de 8 sangsues au fondement et pour le lendemain de la limonade émétisée. L'amélioration espérée ne se fit pas attendre. Le 19, le malade est comme transformé. Il lui reste de l'anorexie, de l'enrouement, et les signes physiques de l'hypertrophie hépatique. — *Traitement*: frictions d'huile de croton sur le devant du cou et la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Iodure de potassium 1 gramme par jour, édulcorée par le sirop d'écorces d'oranges amères.

Au bout de quelques semaines, le rétablissement fut parfait et se maintint jusqu'en octobre dernier (1881). Alors il se déclara une série d'accès de névralgie sus-orbitaires à périodicité très-régulière. On les combattit en vain par l'administration du sulfate de quinine à forte dose. Comme ils résistaient à cette médication rationnelle, on recourut de nouveau à l'iodure de potassium ioduré ; et, soit sous l'influence de cet agent, soit par l'action du temps, ce grand arbitre de nos destinées, le malade recouvra une santé relativement bonne qui, depuis cette époque, d'ailleurs peu éloignée, n'a plus subi de nouvelles épreuves.

(*A suivre.*)

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

DU GRANULOME PALPÉBRAL (*Chalazion*).

Il est certaines dénominations consacrées, il est vrai, par l'usage et les années, et que, cependant, on est quelque peu surpris de retrouver dans les ouvrages modernes. Je ne contredirai certainement pas, que *chalazion* et *orgeolet*, par exemple, peuvent éveiller à l'esprit de ceux qui se souviennent des étymologies grecques et latines, l'idée d'une vague ressemblance du mal avec le *grain d'orge* et le *grêlon*. Pour les anciens, qui étaient fort mal renseignés sur la véritable valeur des affections, un caractère extérieur avait une signification; mais actuellement, nous connaissons assez exactement la constitution anatomique de la petite tumeur que nous allons étudier, et l'appellation de *granulome* des paupières est la seule à retenir.

Il suffit de parcourir l'historique de la question dans le traité, si complet à ce point de vue, des maladies des yeux de M. Fano (1), pour constater que sous le nom de *chalazion*, les anciens confondaient les tumeurs les plus différentes des paupières. Il faut arriver à *Carron du Villards*, *Stœber*, *Mackensie*, et aux auteurs du *Compendium* de chirurgie pour lire une description anatomique de l'affection. Elle est rangée par ceux-ci parmi les kystes dermoïdes, et c'est pour les premiers une variété de furoncle ou bien d'orgeolet. Je passe sous silence bien d'autres opinions aussi variées qu'erronées. Depuis les travaux de M. Sappey sur l'appareil glandulaire des paupières, le chalazion a été regardé presque universellement comme un kyste par rétention développé aux dépens des glandes de Meïbomius (*kystes meïbomiens*). C'est encore, si je ne me trompe, la définition qu'en donnent M. *Abadie*, en 1877, et M. *Meyer*, en 1881. Ces dernières années pourtant, les recherches histologiques ont démontré que cette petite tumeur appartient à la classe des *granulomes* de Virchow, qu'elle se développe dans le tissu du tarse, autour des glandes meïbomiennes plus ou moins altérées, et qu'elle est formée de cellules embryoplastiques, de cellules géantes, et de quelques cellules fusiformes (*Michel*, *Panas*, *Riesezellev*). Il est bon d'ajouter qu'à côté de ces gradulomes, il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs kystiques et intra-glandulaires.

Le granulome des paupières est une affection très commune; on la rencontre de 30 à 40 ans chez les personnes d'un tempérament lymphatique, ou ayant une prédisposition aux éruptions cutanées herpétiques, à l'acné principalement. La blépharo-conjonctivite chronique et l'orgeolet en sont les causes les plus fréquentes. L'irritation inflammatoire de voisinage nécessaire au développement de cette production néoplasique, prend son origine dans l'appareil glandulaire des paupières, et pour n'être pas elles-mêmes le siège du mal, les glandes de Meïbomius n'en sont pas moins très fréquemment le point de départ. Une fois formé, let granulome pourra devenir à son tour une cause d'irritation pour les tissus voisins, et déterminer par compression, l'obstruction des conduits excréteurs des glandes. De là les kystes intra-glandulaires dont j'ai parlé plus haut.

Cette petite tumeur est souvent unique, mais il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer deux ou trois sur la même paupière. Sa fréquence relative à la paupière supérieure s'explique d'ailleurs par la surface beaucoup plus étendue de ce voile musculo-membraneux. D'autres fois, on assiste à une évolution successive de ces productions morbides,

(1) Fano. *Maladies des yeux*, t. 1, pag. 442.

ce qui a fait croire à la récidive sur place de granulomes complètement extirpés et ne pouvant en aucune façon se reproduire.

La tumeur que nous étudions se présente sous la forme d'une petite *bosselure* plus ou moins distante du bord libre des paupières qu'elle occupe quelquefois, ayant le volume moyen d'un gros pois, et soulevant la peau non adhérente qui ne change d'aspect que lorsque le granulome s'enflamme et s'abcède. Sa consistance est très variable; si, ayant retourné la paupière, on saisit la bosselure entre le pouce appliqué sur la conjonctive et l'index pressant au point opposé, on a la sensation d'un tissu élastique quelquefois très mou, d'autres fois, au contraire, très dur, comme pierreux, suivant la transformation du tissu morbide. La même exploration permet de constater que le granulome fait corps avec le tarse, au milieu duquel il est comme enclavé. La conjonctive tarsienne, à ce niveau, est à peine soulevée, mais vascularisée sous la forme d'une tache d'un rouge sombre, plus rarement la tache est d'un jaune transparent, quand la tumeur est demi-liquide. La pression constante des paupières contre le globe oculaire explique suffisamment pourquoi cette petite tumeur fait plutôt saillie du côté de la peau.

C'est seulement lorsque le granulome a acquis un certain développement que les malades se plaignent de gêne pendant le clignement. Leur attention est plus tôt éveillée, si, par son siège particulier sur le bord libre des paupières, ou près de la commissure externe, ou dans le voisinage du conduit lacrymal, la production morbide a donné lieu à des inconvénients plus marqués. Le symptôme douleur n'apparaît que lorsqu'une inflammation vive se déclare, amenant la guérison spontanée par suppuration.

C'est cette terminaison que le médecin recherche quand il a affaire à un malade pusillanime en quête de n'importe quel traitement médical, et ne voulant à aucun prix entendre parler d'intervention chirurgicale. Des confrères m'ont affirmé avoir fait disparaître des chalazions sous l'influence du massage digital de la tumeur pratiqué régulièrement chaque jour et *pendant longtemps*, ou bien à l'aide de cataplasmes ou de pommades iodurées. Ce doit être l'exception, et il est un bien plus grand nombre de personnes atteintes de granulomes, chez lesquelles les pommades réputées fondantes, ayant *seules fondu* (qu'on me pardonne l'expression) ont laissé les choses en l'état. Ce n'est pas à dire qu'il faille n'avoir qu'une seule préoccupation : opérer. Dans bien des cas, il sera très utile de modifier tout d'abord l'état local des paupières (*blépharo-conjonctivite chronique*) et l'état général par des préparations arsenicales et ferrugineuses. C'est à la période de début, surtout, que le traitement médical peut réussir à faire avorter ces productions néoplasiques. Une fois celles-ci bien développées, le traitement chirurgical est le seul curatif.

Quand la tumeur proémine, surtout à la partie postérieure du tarse aminci, quand sa consistance très molle indique une transformation muco-purulente, il convient d'inciser largement par la conjonctive; puis, une forte pression à l'aide des doigts ou bien du manche du bistouri ayant évacué le granulome, on aura recours au râclage de la plaie au moyen d'une cuillère à bords tranchants (de Wecker), ou bien on introduira, dans la petite cavité, l'extrémité effilée d'un crayon de nitrate d'argent dont l'action caustique sera limitée par des lavages d'eau salée. Procédé rapide, moins douloureux que l'opération par la peau et qui ne laisse aucune cicatrice visible. La crainte de léser la cornée par le caustique ou de l'irriter ensuite par le frottement de la cicatrice conjonctivale me paraît le plus souvent mal fondée.

Le granulome d'un certain volume et faisant saillie vers la peau, réclame la *résection avec cautérisation* ou *l'ablation totale* par dissection complète. La pince-anneau de Desmarres, ou à son défaut la corne des boites d'opérations oculaires est ici d'une grande utilité : on opère à blanc; la paupière est bien immobilisée et on n'a pas à craindre la blessure du globe de l'œil par un écart du bistouri. La peau est incisée parallèlement au bord libre de la paupière, puis séparée, ainsi que les fibres de l'orbiculaire, le plus possible du granulome que l'on accroche au moyen d'une petite érigne. On détache la tumeur du tarse au moyen des petits ciseaux, ou bien on la dissèque avec soin, comme s'il s'agissait de l'énucléation d'un kyste. Dans ce dernier cas, il est inutile de porter ensuite le crayon de nitrate d'argent dans la plaie. La pince-anneau est ensuite retirée, et on fera bien d'attendre quelques instants, que les tissus se décongestionnent, et que le sang s'écoule avant de faire un ou deux points de suture à la peau. On applique pendant quarante huit heures des compresses d'eau froide légèrement alcoolisée au boratée, maintenues sur les paupières par un bandeau compressif. Au bout de quelques semaines, en général, il n'y a plus trace de l'affection.

Quand le granulome est situé près du point ou près du conduit lacrymal, il faut opérer avec prudence, de façon à ne pas entamer ces parties et à ne pas déterminer par la suite un obstacle au cours des larmes. Dr S. Baudry (*de Lille.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Sur la question de savoir si les médecins autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades, en vertu de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, sont soumis à la même inspection que les pharmaciens.

Par M. E. Chaudé.

Messieurs,

Vous savez qu'aux termes de l'art. 27 de la loi de germinal, an XI, les médecins sont autorisés dans certains cas, à fournir des médicaments à leurs malades.

Vous savez aussi que diverses dispositions de nos lois ont ordonné des visites ayant pour but de s'assurer de la bonne qualité des médicaments et

des substances vénéneuses (art. 29, 30 et 31 de la loi de germinal, — 42 et 46 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, décret du 23 mars 1859, loi du 8 juillet 1850, art. 2).

En ce qui touche les médicaments, ces visites doivent être faites dans les villes où il existe une école de médecine et de pharmacie, par deux professeurs de l'école de médecine accompagnés de membres de l'école de pharmacie et d'un commissaire de police. Si c'est dans une ville située dans un rayon de dix lieues d'une école, par les mêmes personnes, mais avec l'autorisation du préfet, du sous-préfet et du maire (art. 29, 30); dans les villes ou communes qui sont situées au-delà d'un rayon de dix lieues, par trois membres du conseil d'hygiène et de salubrité institué dans chaque département par le décret du 19 décembre 1848 (décret du 23 mars 1850), ces visites doivent être faites au moins une fois par an dans chaque arrondissement.

Aux termes d'une circulaire adressée à ce sujet, le 24 avril 1859, par le ministre de l'agriculture et du commerce aux préfets, les trois membres composant la commission d'inspection sont désignés par le préfet et doivent, à moins d'obstacle, se composer d'un docteur en médecine et de deux pharmaciens, ou d'un docteur en médecine, d'un pharmacien et d'un chimiste; ils prennent le titre d'inspecteurs de la pharmacie.

Les frais de ces visites, fixés par l'arrêté du 25 thermidor an VI, sont recouvrés par l'administration sur les individus qui y sont soumis.

En ce qui touche les substances vénéneuses, indépendamment des visites faites en vertu de la loi de germinal, les maires ou commissaires de police assistés, s'il y a lieu, soit d'un docteur en médecine, soit de deux professeurs d'une école de pharmacie, soit d'inspecteurs de pharmacie, doivent s'assurer de l'exécution des mesures prescrites par la loi (ord. roy. du 29 oct. 1846, décret du 4 juillet 1850, art. 27).

Les médecins autorisés à fournir des médicaments à leurs malades sont-ils, comme les pharmaciens, soumis à ces visites, ou peuvent-ils au contraire, refuser de s'y soumettre ?

Telle est la question qui nous est posée par un de nos plus éminents correspondants, inspecteur lui-même de la pharmacie dans un de nos départements.

Pour arriver à la solution de cette question, qui, vous le verrez, est extrêmement délicate, il importe d'abord de bien se rappeler dans quel cas le médecin est autorisé à délivrer des médicaments à ses malades.

« Les officiers de santé (et par ces mots la loi entend aussi les docteurs en médecine) établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte (art. 27). »

Ainsi, pour que le médecin puisse fournir des médicaments, non-seulement il ne faut pas qu'il y ait un pharmacien dans la commune qu'il habite, mais encore il ne peut en fournir qu'à ses propres malades, et à la condition que ceux-ci n'habitent pas une commune où se trouve un pharmacien. Dans aucun cas, il ne peut tenir une *officine ouverte*.

Comme conséquence, il n'est pas assujetti à payer la patente de pharmacien (Conseil d'Etat, 9 juill. 1846, 15 sept 1848); il n'est pas commerçant comme le pharmacien, et n'est pas justiciable du tribunal de commerce pour le payement des médicaments qu'il a achetés (Montpellier, 31 mars 1821, — Limoges, 6 janv. 1827, — Bourges, 9 août 1848, — Toulouse, 6 mai 1843, — Cass. 25 juin 1822, 7 juin 1849, 9 juillet 1850).

Ce sont là des points indiscutables aujourd'hui.

Le médecin dans le cas qui nous occupe, est-il assujetti comme le pharmacien aux dispositions des lois sur les poids et mesures; peut-il être porté par le préfet sur le tableau que ce fonctionnaire dresse chaque année des professions qui sont obligées d'être pourvues d'un assortiment de poids et mesures conformes à la nature de leur commerce; peut-il être soumis à la vérification des poids et mesures nécessaires pour le dosage des médicaments (lois du 4 juillet 1837, — 26 février, — 1er mars 1872)? Est-il passible des peines prononcées en cas de contravention ? Est-il soumis à la taxe établie pour cette vérification ?

Un arrêté du préfet de l'Aude avait compris sur ce tableau les médecins vendant des médicaments et, en vertu de cet arrêté, ils avaient été portés sur le rôle des droits à recouvrer pour la vérification; sur la réclamation de l'un deux, le conseil de préfecture l'avait déchargé de cette taxe en se fondant sur ce que, n'ayant pas d'officine ouverte, il ne pouvait être considéré comme vendant des médicaments, et sur ce que, d'ailleurs, il n'était pas soumis à la visite du jury médical; mais cette décision fut annulée le 20 septembre 1869 par le Conseil d'Etat, qui, sans s'occuper de la question de savoir s'il était soumis ou non à la visite du jury médical, décida que le préfet avait eu le droit de porter le médecin sur le tableau des personnes soumises à la vérification, et que, par suite, sa taxe était due. — Un autre médecin du département, sans contester la légalité de l'arrêté du préfet, prétendait qu'il devait être déchargé de la taxe des droits à percevoir pour la vérification, attendu que, lorsque le vérificateur s'était rendu chez lui pour procéder à la vérification des poids qu'il aurait dû avoir aux termes de l'arrêté du préfet, il avait été constaté qu'il n'en possédait aucun et, qu'ainsi il n'y avait point eu de vérification. Le Conseil d'Etat rejeta cette prétention, le 6 décembre 1860; il ne pouvait guère faire autrement : le médecin ne contestait pas la légalité de la visite, ce que peut-être il aurait pu faire, la visite était donc réputée légalement faite et, dès lors, la taxe était due. Mais la solution aurait été différente, et la taxe n'aurait pas été due si, quoique porté sur la liste, il n'y avait pas eu de visite faite par le vérificateur. (Cons. d'Etat, 13 juillet 1858.)

Nous n'avons pas à apprécier ici la valeur juridique de ces décisions, mais nous avons dû vous les faire connaître, parce qu'elles indiquent la tendance de l'administration à assimiler aux pharmaciens, dans une certaine mesure, le médecin qui est autorisé à fournir des médicaments à ses malades, et qu'elles se rapprochent par certains côtés de la question que nous avons à examiner. Si le principe de l'inviolabilité du domicile et le caractère non commerçant de la profession de médecin n'ont pu soustraire celui-ci, d'après l'administration, aux visites nécessitées pour la vérification des poids et mesures, il est bien évident que pour elle le médecin qui vend des remèdes est, à plus forte raison, soumis aux visites ayant pour but de s'assurer de la bonne qualité des médicaments et de l'observation des lois qui s'y rapportent.

La question ne s'est, à notre connaissance du moins posée qu'une fois; et encore n'a-t-elle pas été résolue. Un médecin avait refusé de se soumettre à la visite du jury médical; le tribunal de simple police de Pibriac avait approuvé sa résistance par jugement du 23 décembre 1861; la Cour de cassation a rejeté le pourvoi formé contre ce jugement, mais sans examiner la question, et uniquement parce que le jury qui s'était présenté pour procéder à la visite était illégalement composé, le refus était légitimo (Cass., 28 mars 1862).

Elle se présente donc, pour ainsi dire, entière devant vous.

Pour soutenir que les médecins ne sont pas soumis aux visites prescrites par les art. 29 et suiv., on s'empare des termes mêmes de ces articles : l'article 29 s'occupant des villes où existent des écoles « prescrit de visiter les officines des pharmaciens et des droguistes pour vérifier la bonne qualité des drogues et médicaments simples ou composés. Les pharmaciens et droguistes seront tenus de représenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines et laboratoires. » L'art. 30, s'occupant des autres villes ou communes, prescrit « de visiter et inspecter les magasins de drogues, laboratoires et officines, et de se transporter dans tous les lieux où l'on fabriquera et débitera sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales. » Ecartons ce dernier membre de phrase qui a pour but de permettre de rechercher les faits d'exercice illégal de la pharmacie et qui n'a pas ici d'application, ne résulte-t-il pas de ces termes même qu'ils ne s'appliquent qu'aux pharmaciens et aux droguistes?

Ils sont expressément désignés ; ce sont leurs magasins, officines et laboratoires qui doivent être surveillés. Le médecin dans le cas de l'art. 27, n'a ni magasin, ni officine, ni laboratoire ; il n'a et il ne peut pas avoir d'officine ouverte ; la loi, non dans son intérêt, mais uniquement dans l'intérêt des malades et pour qu'ils ne soient pas privés des médicaments nécessaires, lui accorde dans des conditions fort restreintes, le droit de fournir des médicaments, mais il ne cesse pas pour cela d'être médecin, et il n'est toujours que médecin. Entre le pharmacien et le médecin en question existe-t-il quelque analogie? De graves questions de salubrité publique exigent la visite de l'officine du pharmacien ouverte à tout le monde et qui doit être constamment pourvue de médicaments ; y a-t-il les mêmes raisons pour pénétrer dans le domicile du médecin? A quoi, d'ailleurs, aboutiraient ces visites? On trouvera peut-être chez lui des médicaments qui ne sont pas préparés conformément aux prescriptions du Codex ; mais il a le droit d'ordonner des remèdes magistraux, et il prétendra que ces médicaments sont justement préparés dans ce but. On trouvera peut-être des médicaments détériorés ou mal préparés ; mais la présence de ces médicaments qui, dans une officine, entraînent la présomption de mise en vente et qui doivent être saisis, il l'expliquera en disant qu'il n'avait pas l'intention de s'en servir dans sa pratique, et qu'il les a conservés pour les analyser et étudier les effets de cette détérioration ou de cette mauvaise préparation.

En ce qui concerne les substances vénéneuses, le texte même de l'ordonnance du 29 octobre 1846 prouve, lui aussi, qu'il ne s'applique pas au médecins. L'art. 1 parlent de ceux qui veulent faire le commerce d'une ou de plusieurs substances vénéneuses, des chimistes, fabricants et manufacturiers qui emploient ces substances. Les art. 5 et 6 ne parlent que des pharmaciens qui sont exclusivement chargés de la vente des substances vénéneuses pour l'usage de la médecine. L'art 11 prescrit aux commerçants, fabricants manufacturiers et pharmaciens de tenir des substances dans un endroit sûr et fermé à clef; enfin l'art. 14, indépendamment des visites prescrites par la loi de germinal, ordonne aux maires et aux commissaires de police de visiter les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et manufacturiers employant ces substances. L'ordonnance ne vise donc, elle aussi, que ceux, pharmaciens ou manufacturiers qui font le commerce des substances vénéneuses; elle ne s'applique pas au médecin qui ne fait pas le commerce. Et en supposant même, par impossible, que les diverses prescriptions de l'ordonnance s'appliquent dans leur généralité au médecin qui fournit des médicaments à ses malades, les visites auxquelles il pourrait être soumis ne seraient que les visites administratives prescrites par l'art. 14.

Dans aucun cas le médecin n'est assujetti aux visites prescrites par les art. 29 et suivants de la loi de germinal qui ne s'appliquent qu'aux pharmaciens et aux droguistes. Ces visites, on l'a démontré, ne sauraient se justifier par leur utilité, et, sans parler du cas, rare sans doute, mais qui peut cependant se présenter, où le médecin aurait à lutter contre le mauvais vouloir ou la jalousie des pharmaciens chargés de l'inspection, elles auront toujours pour résultat, quoi qu'on en fasse, et avec quelque ménagement qu'elles s'opèrent, de nuire, dans une certaine mesure, à sa considération en lui donnant le caractère de marchand de drogues et de médicaments que la loi a justement voulu lui éviter. Le médecin a donc le droit de s'y opposer.

Ces considérations ont une grande force et nous ont arrêté longtemps ; nous ne croyons pas cependant qu'elles doivent prévaloir.

L'argument tiré du texte des art. 29 et 30 ne serait pas sans réplique. D'abord la loi de germinal est loin d'être rédigée avec toute la correction désirable, nous en avons la preuve dans l'art. 27 lui-même, où elle emploie l'expression d'officier de santé pour désigner les médecins de toutes classes. Ensuite on pourrait faire remarquer la différence des termes employés dans les art. 29 et 30, c'est dans l'art. 29 qui s'occupe des villes où se trouvent des écoles, c'est-à-dire des villes où jamais un médecin ne pourra vendre de médicaments, que l'on rencontre les expressions de *pharmaciens* et de *droguistes*, par la raison bien simple qu'eux seuls y seront soumis à l'inspection ; dans l'art. 30, au contraire, ces mots ne sont pas répétés, et les termes sont plus larges, comme s'ils voulaient comprendre dans ces inspections d'autres personnes encore que les pharmaciens et les droguistes.

Mais, hâtons-nous de le dire, cet argument de texte ne nous paraît pas avoir une grande valeur, ni dans un sens ni dans l'autre.

Pour nous, en prescrivant les visites des art. 29 et suivants, les rédacteurs de la loi n'ont songé ni à en exclure les médecins autorisés à vendre des médicaments dont ils venaient cependant de s'occuper dans l'art. 27. Ils ont voulu soumettre à des visites les lieux où se vendent les drogues et les médicaments, et ils ont employé les mots de droguistes, de pharmaciens, de magasins, de laboratoires et d'officines, parce que ce sont là les mots qui leur sont venus naturellement à l'esprit.

Les motifs d'hygiène publique qui ont fait ordonner ces visites existent pour la pharmacie du médecin comme pour les autres. Il ne s'agit pas, qu'on le remarque, d'un médecin qui, une fois par hasard, procurerait à un de ses clients un médicament qu'il aurait pris lui-même chez un pharmacien; l'art. 27 s'occupe du médecin qui vend habituellement des médicaments à ses clients, qui en possède d'avance un assortiment; qui, en un mot, a une véritable pharmacie, seulement elle n'est pas ouverte au public. On pourrait même soutenir que l'inspection de ses médicaments est plus nécessaire encore que l'inspection des médicaments du pharmacien : celui-ci, en effet, a, pour leur préparation, une habitude que le médecin ne possède pas; les médicaments qu'il livre sont examinés, ou tout au moins peuvent l'être, par le médecin qui les a ordonnés et qui en suit les effets; aucun contrôle n'existe, au contraire, pour le médecin qui vend lui-même les médicaments qu'il a prescrits.

Les inspecteurs de la pharmacie reconnaîtront sans peine si les médicaments qu'ils ont trouvés chez lui sont des médicaments préparés pour un cas spécial, ou si c'est d'une manière frauduleuse qu'ils ont été mal préparés et privés d'éléments coûteux, mais né-

cessaires; ils verront si les médicaments sont renfermés dans un lieu convenable, ou s'ils ne sont pas laissés à l'abandon.

La composition même des jurys d'inspection, que nous avons tenu à vous faire connaître au commencement de ce travail, doit leur donner toute confiance, et ils n'ont à craindre aucune jalousie de métier. En quoi la considération de médecin souffrira-t-elle de ces visites, qui n'ont rien de personnel, et auxquelles sont soumis tous les pharmaciens? Toute susceptibilité ne doit-elle pas tomber devant une mesure de salubrité publique? Le médecin, loin d'avoir à s'en plaindre, devrait les désirer lui-même. Il exerce sa profession dans des communes éloignées, au milieu d'une population peu éclairée et naturellement soupçonneuse et défiante; il n'échappera pas à l'accusation de vendre fort cher de mauvais médicaments; il est bon, dans son intérêt même, que le public sache que sa pharmacie est contrôlée.

Vous savez qu'aux termes de l'art. 33, il est interdit aux épiciers de vendre aucune préparation pharmaceutique, mais qu'ils peuvent continuer le commerce en gros des drogues simples; les inspecteurs de la pharmacie doivent faire chez eux des visites, comme ils en font chez les pharmaciens, pour s'assurer de l'exécution de cet article et de la qualité des drogues vendues en gros; seulement les épiciers ne doivent pas payer la taxe de ces visites, auxquelles ils ne peuvent en aucun cas se soustraire, si l'inspection a donné la preuve qu'ils se renferment strictement dans leur profession d'épiciers et ne vendent en gros aucune drogue (arrêté du 25 thermidor an XI, art. 42. — Ordonnance du roi du 20 septembre 1820). La Cour de cassation a jugé, le 23 août 1861, que les officiers de santé qui, dans de petites localités, cumulent la profession d'épicier avec celle du médecin, peuvent détenir sans contravention dans leur boutique les remèdes qu'ils se proposent de fournir à leurs malades; pourrait-on contester sérieusement, dans ce cas, aux inspecteurs de la pharmacie le droit d'étendre aux médicaments qu'ils trouvent dans la boutique l'examen qu'ils ont incontestablement le droit de faire des drogues en gros qui pourraient s'y trouver?

Le législateur, cela nous paraît certain, a eu l'intention de soumettre à des visites tous les dépôts des médicaments.

Le doute est moins permis encore en ce qui touche les subtances vénéneuses. Les art. 34 et 35 de la loi de germinal ont été remplacés par la loi du 10 juillet 1845 et l'ordonnance royale du 29 octobre 1846. Leurs dispositions s'appliquent, quoi qu'on en dise, d'une manière générale et absolue; aux termes d'une circulaire du ministre de l'instruction publique, en date du 17 mai 1847 : Toutes les conditions relatives à la vente, à l'achat et à l'emploi des substances vénéneuses sont applicables aux cabinets de chimie des collèges et des maisons d'éducation; l'ordonnance de 1846 ne souffre aucune exception. Donc, tous ceux qui font dans leur pratique usage de subtances vénéneuses doivent les tenir constamment dans un endroit sûr et fermé à clef; quand il s'agit de médicaments, le vase qui le contient doit porter une étiquette destinée à éviter toute erreur; un registre spécial doit être tenu sur lequel est inscrit tout achat ou toute vente de substances vénéneuses; toute ordonnance, en prescrivant l'emploi, doit être également transcrite sur un registre, et il a été jugé que la nécessité de cette transcription s'applique aussi bien à celui qui est à la fois médecin et pharmacien qu'à celui qui exerce seulement la profession de pharmacien; qu'ainsi un médecin-pharmacien était coupable d'infraction à la loi lorsqu'il n'inscrivait pas l'ordonnance qu'il avait dû faire comme médecin (trib. de la Seine 21 juin 1865). Et l'on voudrait affranchir le médecin dans le cas de l'art. 27 de l'obligation de se soumettre à toutes ces mesures dont il importe d'assurer l'exécution; ou, ce qui revient au même, on voudrait le soustraire aux visites qui seules peuvent donner la preuve qu'elles sont exécutées! Cela n'est pas possible.

Qu'on ne dise pas que le médecin exempté de la visite des inspecteurs de la pharmacie sera soumis, aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance de 1846, à la visite du maire ou du commissaire de police assisté, s'il y a lieu, d'hommes de l'art. L'art. 14, dans sa généralité, prévoit des cas divers. Les substances vénéneuses sont employées dans l'industrie et dans la pharmacie; dans le premier cas, c'est au maire et au commissaire de police à agir; dans le second, lorsqu'il s'agit de médicaments, il y a un double contrôle : les visites ordonnées par les art. 29 et 30 de la loi de germinal, qui sont faites par les inspecteurs de la pharmacie, et les visites faites par le maire et le commissaire de police. Il faut logiquement déclarer que les médecins qui nous occupent sont exempts de cette double visite, et ne sont soumis à aucun contrôle, ou décider qu'ils sont soumis à la visite de la pharmacie comme à celle du maire et du commisaire.

Que gagneraient-ils, d'ailleurs, à n'être soumis qu'à cette dernière visite?

Le maire et le commissaire de police, se reposant sur la vigilance des inspecteurs de la pharmacie, n'opèrent de visites que dans des cas exceptionnels; si les visites ne peuvent être faites par les inspecteurs de la pharmacie, les maires et les commissaircs de police multiplieront leurs visites et se feront accompagner d'hommes de l'art, dans les termes du décret du 8 juillet 1850.

Revenons donc à ce qui est vrai et simple. Ce que le législateur a voulu, c'est soumettre la vente des médicaments à un contrôle; le médecin dans les termes de l'art. 27 vend des médicaments, il est donc soumis à ce contrôle, et, en conséquence, il ne peut se soustraire à la visite des inspecteurs de pharmacie. Il y a là un grand intérêt public devant lequel doivent s'incliner toutes les autres considérations.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Pansement à l'iodoforme.

M. *Marc Sée* emploie, depuis un certain temps, l'iodoforme pour les pansements de toute espèce de plaies. Dans ces derniers temps, expose-t-il à la Société de Chirurgie, l'iodoforme a été très employé d'une manière générale, comme pansement antiseptique, en Allemagne, où il donne, paraît-il, de très bons résultats. Pour moi, je l'emploie depuis quelque temps pour le pansement des ulcères de toute nature, des plaies récentes résultant de traumatismes chirurgicaux dans lesquelles la réunion immédiate est impossible, des plaies anfractueuses dans lesquelles le pus stagne facilement. Je remplis, dans ce cas, la cavité de poudre d'iodoforme. On voit aussitôt cesser les accidents; c'est un pansement extrêmement facile, extrêmement simple, qui n'a rien des complications du pansement de Lister, et qui réussit au moins tout aussi bien. Il a peu d'inconvénients, cependant il coûte cher et produit une mauvaise odeur. En outre, il faut tenir compte de la possibilité de l'intoxication par l'iodoforme, intoxication qui jusqu'ici a été trop peu étudiée et qui, dans quelques cas, aurait été suivie de mort.

M. *Desprès* a employé deux fois l'iodoforme pour le pansement des plaies; les deux fois, il a vu le malade remercier son médecin. L'iodoforme, en effet, a ce grand désavantage d'avoir une très mauvaise odeur. Je demanderai à M. Sée combien les ulcères de jambes qu'il a pansés avec l'iodoforme ont mis de temps à guérir. Je me charge, quant à moi, de guérir n'importe quel ulcère simple non récidivé avec le repos et les cataplasmes. Il faudrait donc des statistiques intégrales qui pussent être comparées entre elles.

Il est un topique vieux comme le monde, qui rend également de très grands services, surtout dans les plaies atoniques, dans les inflammations gangréneuses : c'est le vulgaire vin aromatique, dont les origines remontent à de nombreux siècles.

M. *Terrillon*, dans un voyage qu'il a fait à Vienne, a pu voir, dans le service de Billroth, employer sur une grande échelle l'iodoforme dans les pansements. Tous les pansements, en effet, sont faits dans ce service avec l'iodoforme, et il n'y a pas d'odeur dans les salles. Voici comment on l'emploie : on prend de la gaze ordinaire, on la dégomme, et, quand elle est sèche, on la fait triturer dans de l'iodoforme pulvérisé. On obtient ainsi une gaze iodoformée, dont l'application sur les plaies est des plus faciles. Pour la désinfection de cet agent, on l'obtient d'une façon complète avec de l'essence de bergamote ou de l'essence de menthe. Mais, par ces moyens, la disparition de l'odeur ne dure que quatre ou cinq jours; il faut y revenir de temps à autre.

Ces pansements à l'iodoforme paraissent surtout donner de bons résultats dans deux variétés de plaies : d'abord dans les plaies résultant d'évidements osseux; quand l'évidement est pratiqué, M. Billroth ferme la plaie avec de la gaze ainsi préparée, et laisse le premier pansement pendant sept à huit jours. Après ces huit jours, il n'y a pas d'odeur, il ne se fait aucun écoulement de liquide; les malades ainsi pansés n'ont pas de fièvre. Enfin, dans plusieurs cas d'ablation totale de l'utérus par le vagin, Billroth dit avoir obtenu de très bons résultats en bourrant le vagin de cette gaze iodoformée et en l'y laissant huit jours.

M. *Verneuil* considère aussi l'iodoforme comme un topique des plus précieux.

M. *Trélat* emploie depuis longtemps l'iodoforme. Lorsque nous n'avions pas facilement à Paris les pièces du pansement de Lister, alors je recourais volontiers à l'iodoforme. C'est un très bon topique pour les plaies exposées; il détermine, en effet, sur elles un coagulum ferme, mélangé de vaisseaux sanguins; il ne se fait pas de suppuration au-dessous de cette espèce de croûte. Cette condition particulière explique comment l'iodoforme peut rester longtemps en contact avec les plaies. Tout se passe dans le silence, dans le calme, l'indolence et l'antisepticité, grâce à cette croûte tutélaire. J'ai donc voulu essayer ce mode de pansement. Jusqu'à présent, les pharmaciens n'ont pas réussi à me faire de bonne gaze iodoformée. Il y a là quelques difficultés. Cependant j'ai obtenu un excellent résultat dans un cas d'écrasement de la main ; dans ce cas, l'enveloppement pendant vingt-cinq jours dans cette gaze iodoformée a très bien réussi. En résumé, pour les plaies plates, exposées, dans lesquelles la suppuration se produit habituellement, nous avons dans le pansement iodoformé une ressource précieuse.

M. *Desprès*. Quoique seul de mon avis, j'insiste pour déclarer qu'on obtient d'aussi bons résultats avec tout autre mode de pansement. L'iodoforme n'est qu'une vulgaire contrefaçon de l'iode, et il y a longtemps que Bazin a prescrit des applications quotidiennes de teinture d'iode sur les scrofulides, et M. Boinet se dirait pillé s'il était ici. L'iodoforme, vous dirait-il, n'est qu'une contrefaçon de mon procédé. Il n'y a donc rien de nouveau dans tout cela, et je préfère encore de beaucoup pour les plaies écrasées des mains, par exemple, le pansement par occlusion de Chassaignac. Il y a là une question de mode dans cet enthousiasme pour l'iodoforme. Pourquoi, donc, aller chercher à l'étranger de nouveaux modes de pansement, quand nous avons des pansements imaginés chez nous, par des Français, qui valent autant? Je m'en tiens, quant à moi, aux pansements simples de nos pères. Que M. Sée donne sa statistique; moi, je donnerai la mienne, et nous comparerons.

M. *Trélat*. Nous avons tous ici été instruits par des maîtres qui employaient les cataplasmes, le cérat, le pansement de Chassaignac. Ce que les maîtres de M. Desprès lui avaient enseigné, ils nous l'avaient enseigné aussi, un peu avant lui. Or, aujourd'hui, tous nos collègues de Paris ont essayé et adopté des pansements nouveaux qui donnent incontestablement des résultats excellents. Tous, nous sommes d'accord sur ce sujet; seul, M. Desprès nie ces faits et prétend avoir de meilleurs résultats avec les vieux pansements. S'il en était ainsi, nous serions donc tous aveugles ou sourds. Quant aux statistiques que demande M. Desprès, elles sont bien difficiles à établir; est-il facile de comparer des plaies entre elles? Là c'est un homme vigoureux, robuste, mangeant bien, buvant sec, dormant bien; pansez sa plaie comme vous voudrez, il sera guéri en quelques jours; ici c'est un être chétif, pâle, maigre, souffreteux, cachectique, scrofuleux en un mot : une petite plaie insignifiante va demander chez lui des semaines et des mois pour se cicatriser. Comment faire des statistiques avec de pareils faits? car la nature des malades joue un grand rôle dans la marche des plaies.

M. *Desprès*. Les malades sont les mêmes dans tous nos hôpitaux, et peuvent être comparés entre eux, du moment qu'on les comprend tous dans la statistique. Le pansement joue un rôle, quelle que soit la nature du malade. Or, je maintiens que vous n'avez pas de meilleurs résultats avec les pansements dont vous vous montrez si enthousiastes, que moi avec les pansements anciens que je continue à employer. Je ne dis pas que je fais mieux, je dis que je fais aussi bien, et, au moins, j'ai sur vous cet avantage d'économiser les deniers du pauvre, mes cataplasmes étant bien loin de coûter à l'administration ce que lui coûtent vos pansements.

M. *Marc Sée* remercie M. Terrillon des ren-

seignements qu'il a donnés. J'ai vu, dit-il, la relation d'une hystérectomie dans laquelle le pédicule a été rentré dans la cavité péritonéale après avoir été pansé à l'iodoforme. Le résultat a été excellent. MM. Trélat et Verneuil ont parlé des bons efforts de l'iodoforme sur les plaies exposées; je veux, au contraire, aujourd'hui appeler l'attention sur les services qu'il rend dans les plaies profondes, anfractueuses, difficiles à déterger; ces plaies sont, pour moi, le véritable triomphe de l'iodoforme, qu'on a donné comme un spécifique du tubercule; on a obtenu des guérisons de tumeurs blanches fongueuses par des injections d'iodoforme dissous dans de l'éther. L'iodoforme n'agit pas, comme le croit M. Després, à la manière de la teinture d'iode. Celle-ci n'agit que pendant quelques minutes, tandis que l'action de l'iodoforme se maintient pendant plus de huit jours.

(*Extrait du Bulletin de thérapeutique*).

REVUE ÉTRANGÈRE

I

JOURNAUX ALLEMANDS

Nous espérons que l'article suivant, quoique non scientifique, intéressera nos confrères du *Concours* :

Complot contre les médecins de Berlin. — La police de Berlin vient de découvrir un complot tramé contre les médecins de la cité et qui surpasse tout ce qui a été fait jusqu'ici dans ce genre, Le 22 decembre, deux individus firent à la police la déclaration suivante : Ils devaient concurremment avec un troisième personnage, le serrurier Wilke, louer dans differentes parties de la ville des chambres garnies et y attirer des médecins en prétextant une maladie. Puis, à l'aide d'un instrument très ingénieux qui mettrait le patient dans l'impossibilité d'appeler à l'aide, on le forcerait de donner sa bourse et de signer des traites préparées d'avance; finalement on devait l'étrangler et le jeter à l'eau. A cet effet Wilk. avait construit un carcan d'une forme toute particuliére. Il consiste en une sorte de pince d'acier dont un des mors est fixé à un tube de fer creux, l'autre mors est mobile sur le premier et reçoit les mouvements d'une chaîne qui traverse le tube et se termine en bas par un anneau que l'on tire quand on veut rapprocher les deux mors. En supposant ces derniers appliqués au cou d'un homme, on peut être sûr de l'empêcher de crier en tirant sur la chaîne. En tirant plus fort la victime est sur le point d'étouffer, et il est à présumer que dans cette situation elle fera facilement ce qu'on lui demande. Wilke fabriqua aussi des entraves très pratiques pour garotter en un instant les pieds du patient.

La mise en scène devait être la suivante : Wilke faisant le malade daus son lit, avait à ses côtés sous la couverture son instrument avec lequel il saisirait par le cou le médecin au moment ou ce dernier se pencherait pour l'examiner; pendant ce temps un des complices attraperait par derriere les mains du praticien et l'autre lui appliquerait les entraves. Wilke loua donc une chambre offrant par sa situation toutes les facilités pour jeter commodément un cadavre à l'eau. Il paya la moitié du mois à l'avance et s'entendit avec ses complices pour faire le coup dans la soirée du 22 décembre. La victime désignée était le docteur Lehrs, Kreisphysicus honoraire. Les deux complices effrayés, de la perversité de ce crime déclarèrent alors le tout à la police.

Des agents s'étant transportés dans la maison indiquée, l'hôtesse confirma qu'un monsieur, selon elle, employé des poids et mesures avait loué une chambre et payé un demi-mois à l'avance. Cependant ce monsieur n'était pas encore installé et on avait apporté en son nom dans sa chambre un coffre de grande dimension. On ouvrit cette caisse et on y trouva, avec les entraves, l'instrument dont nous avons parlé. Le coffre refermé, les agents ordonnèrent sévèrement le silence à l'hôtesse. Il fut convenu avec les complices de Wilke qu'ils ne lui prêteraient pour l'exécution de son plan qu'une assistance simulée et délivreraient la victime au dernier moment, les agents devant alors paraître pour les soutenir. Le rôle du docteur Lehrs devait être tenu par un sous-officier de la police. Le soir, vers sept heures, Wilke et ses complices se trouvérent dans la chambre, des agents étaient embusqués dans la pièce voisiue. Wilke se couche et envoie un de ses camarades chez M. Lehrs. Un instant plus tard cet affidé revient accompagné d'un homme porteur de lunettes et d'un chapeau à haute forme, qu'il présente comme étant le médecin attendu et qui n'était autre que le sous-officier. Le pseudo-médecin s'approche du lit et interroge Wilke sur sa santé. Aussitôt celui-ci s'élance et saisit le cou de l'agent pendant que ses complices lui, tiennent les mains par derrière. L'homme de la police articulant à grand peine qu'il n'a que peu d'argent sur lui, Wilke lui présente un effet à signer. Refus de l'agent, crescendo de la pince. A moitié asphyxié le sous-officier frappa le parquet du pied. A ce signal les complices lâchent les mains du patient, les autres agents se précipitent dans la chambre, arrachent la pince des mains de l'assassin et délivrent leur camarade. Wilke fut alors garotté et mis dans l'impuissance de nuire. Il déclara avoir agi ainsi pour se procurer de l'argent et pouvoir mettre à exécution les projets qu'il avait formés au sujet de ses moyens d'existence.

L'étrangeté de ce complot pourrait faire croire, pour l'honneur de l'humanité, que l'on a affaire à un cas d'aliénation mentale. L'assassin, un maître serrurier ruiné, de vingt-huit ans, prétend avoir médité deux ans son instrument et avoir pris pour modèle dans l'un des musées de la ville, un intrument de tortures du bon vieux temps. La deuxième victime désignée était le docteur Langerhans, député au Landestag, voisine de cette caverne de bandits. Plus tard et dans le même but, d'autres chambres devaient être louées dans différents quartiers.

(*Extrait de l'Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*.

Dr Fischer.

II

JOURNAUX SUÉDOIS

Chr. Leegaard. Cas de ramollissement cortical du cerveau. — A. F....., âgé de 69 ans, ayant souffert, 20 ans auparavant, de quelques tumeurs suppurantes au cou et à la poitrine, succomba, le 7 septembre 1880, à un accès apoplectiforme léger, suivi de paralysie de la moitié gauche du corps. Au moment de son entrée à l'hôpital, le 8 septembre, on constata les phénomènes suivants :

Le malade, très amaigri et fort délicat, avait un teint cachectique. Connaissance à peu près libre, léger embarras de la parole. La langue fortement déviée à gauche, la partie inférieure et gauche de la face paralysée. le bras du même côté légèrement parétique. Le membre inférieur quelque peu affaibli.

La parésie du bras et du membre inférieur disparut au bout de 8 jours, *la paralysie de la langue et de la face continua*. Tout alla bien jusqu'au 22 sept., époque où le malade devint plus apathique; simultanément se montrèrent uue paralysie du bras et du membre inférieur gauches, une contracture des mêmes membres et une irritabilité réflexe exagérée de la jambe. En même temps survint une élévation légère de la température centrale. Les jours suivants, la paralysie du membre inférieur se dissipa; *celle de la langue, de la face et du bras ne changea pas*. La mort survint le 11 octobre au soir.

Autopsie faite par M. le professeur H. Heiberg, le 12 octobre.

Hémisphère gauche: sain.

Hémisphère droit : Un foyer de ramollissement

jaune, occupant la moitié inférieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, empiétant sur la base de la troisième circonvolution frontale et le fond du sillon de Rolando. Le foyer confine en bas à la scissure de Sylvius. Il n'a détruit que l'écorce, le centre ovale est resté intact. En outre, dans le noyau caudé, un foyer de ramollissement de la grandeur d'un petit pois.

Cœur : rien de particulier.

Artères : présentent une athéromasie très accusée. La crosse de l'aorte dilatée, la tunique interne, dans toute la longueur de l'aorte, souffre de sclérose, de dégénérescence graisseuse et d'incrustations calcaires. Au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière, 2 petits caillots; un peu plus bas, un thrombus de la longueur de 13 cm. et du diamètre d'un doigt, se prolongeant dans l'artère rénale droite. Les deux artères carotides communes partiellement pétrifiées. Dans la partie intra-crânienne de la carotide interne droite, les parois du vaisseau étaient fortement sclérosées et épaissies, de telle sorte que, collées l'une à l'autre, elles ne laissent de libres que 3 à 4 minces orifices par lesquels le sang pouvait circuler. De ce point, un caillot, d'une longueur de 0,5 cm., se prolongeait dans l'artère sylvienne droite.

Dans les *poumons*, plusieurs infarctus hémorrhagiques. Cancer du ventricule et du foie. Les *reins* présentent une néphrite interstitielle, le rein droit un infarctus. Caillots dans les veines pelviennes. — Le tissu cellulaire autour du larynx et de la trachée sclérosé et rétréci, la trachée de forme angulaire.

Comme cause du ramollissement cortical du cerveau, l'auteur admet l'embolie du caillot dans l'artère carotide interne droite et dans l'artère sylvienne, origine d'embolie assez rarement observée. En tenant compte des symptômes, il faut croire que l'invasion des embolies a eu lieu à deux reprises, la première fois le 7 septembre, la seconde, le 22 du même mois; ensuite, que le ramollissement a occupé premièrement la partie inférieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes (le centre des mouvements de la langue et de la partie inférieure de la face — Charcot et Pitres), et, plus tard, la partie située plus haut (le centre des mouvements du membre supérieur — Charcot et Pitres). C'est de cette manière qu'il est possible de s'expliquer que la langue et la face furent seules affectées dans la première période de la maladie, tandis que, dans la seconde, une monoplégie brachiale vint s'ajouter aux complications précédentes. Il est vraisemblable que le petit foyer de ramollissement dans le noyau caudé de droite n'a produit aucun symptôme.

L'origine des infarctus dans le rein droit et dans les poumons n'est pas douteuse.

L'auteur fait remarquer le rapport causal qui existe probablement entre la néphrite interstitielle et la maladie des artères.

En tenant compte des tumeurs dont le malade avait souffert il y a 20 ans (des gommes ?), des cicatrices de l'os, de la face et de la poitrine, et enfin du rétrécissement du tissu cellulaire autour de la trachée, on doit croire que le malade était syphilitique, bien que la preuve ne soit point décisive. Quoi qu'il en soit, l'auteur pense que la syphilis est souvent, peut-être, la cause de l'athéromasie des artères.

Au point de vue clinique, un intérêt s'attache à ce que ni le cancer bien développé de l'estomac et du foie, ni la néphrite interstitielle n'ont produit de symptômes.

L'auteur ajoute au cas l'exposé historique succinct des développements de la doctrine des localisations dans les maladies de l'écorce du cerveau.

(Nordiskt medecinskt Arkiv).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Dans la séance du 5 février de l'*Association locale* du département de l'*Oise*, la question de l'organisation de *syndicats* était à l'ordre du jour.

Lorsqu'elle est venue en discussion, il a été décidé que la séance de l'Association serait levée et que la question de l'établissement des syndicats serait examinée hors séance.

Les membres de la réunion étaient nombreux et tous au courant de la question. Après un exposé fait par quelques-uns des assistants, la nécessité des *syndicats* a été votée à l'unanimité.

Il a été décidé que la constitution des *syndicats régionaux* serait laissée à l'initiative des intéressés; qu'on adopterait d'abord le groupement par *arrondissement*; que le groupe ainsi formé, à mesure de l'accroissement du nombre de ses adhérents, se subdiviserait, selon ses convenances, en *cercles syndicaux*.

Une seule difficulté, sans grande portée, s'est élevée parmi les assistants : un des membres proposait de ne point nommer de *syndics*; il disait préférer qu'à chaque réunion on choisit un *délégué* qui aurait mandat pour s'occuper de résoudre, au mieux des intérêts de tous, la question mise à l'étude dans cette réunion. On a objecté qu'à un mandataire il fallait un *titre* pour exercer son *mandat*, et qu'il était avantageux que, par exemple, pour traiter avec un président de Société de secours mutuels, un représentant de l'Administration, le mandataire du *syndicat* fût pourvu du titre de syndic ou *président du syndicat*.

Il convient à notre sujet de citer, ici, la situation spéciale dans laquelle se trouvent actuellement les médecins de *Compiègne*, l'un des chefs-lieux du département de l'Oise, vis-à-vis des sociétés de secours mutuels. Des difficultés s'étant élevées, il y a un ou deux ans, entre les honorables praticiens de la ville et les *Sociétés de secours*, celles-ci provoquèrent la venue d'un jeune docteur qui, non renseigné, crut devoir accepter la situation de médecin exclusif de ces *Sociétés*. Mais il reconnut bientôt que le mieux était de renoncer à ses fonctions. Sa lettre de démission, éloquemment motivée, a été lue en séance.

Il paraît que la Municipalité est actuellement en quête d'un nouveau médecin. Pour lui faire une situation, elle offrirait non-seulement les sociétés de secours, mais encore des *services municipaux* qu'elle enlèverait, sans motif aucun, à l'un des plus considérés et des plus méritants médecins de Compiègne M. le Dr L.

Nous avons reçu, hier, la visite d'un jeune médecin de province, qui, répondant à la publicité faite par la municipalité de *Compiègne* venait se renseigner auprès de nous. Inutile de dire qu'il a été vite édifié sur la situation intolérable et peu digne de considération qu'on voudrait lui créer.

Un syndicat à *Compiègne* est urgent et rendra les plus grands services à nos confrères qui voudront mettre promptement leurs intérêts sous sa sauvegarde.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

25 Février 1882 — 4me Année. — N° 8

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Lucas-Championnière* a dernièrement appelé l'attention des membres de la Société de Chirurgie sur les différences qu'offre la chloroformisation chez les malades, et il arrivait à cette conclusion, que ces différences tiennent en partie à des susceptibilités individuelles, en partie aux variations que subit le chloroforme dans sa composition. Le procédé très simple qu'il indiquait, d'après M. Yvon, pour dégager le liquide de toute impureté, consiste à maintenir un certain temps le chloroforme au contact du permanganate de potasse, puis à la distiller. A ce propos, M. *Berger* a rappelé que le bon chloroforme se reconnaît aux caractères suivants : 1° Il a une odeur suave et pénétrante, sucrée, et ne doit pas présenter cette odeur acétique qu'on constate si souvent; 2° versé sur un linge, il doit s'évaporer en totalité, sans laisser de trace; souvent, au contraire, le chloroforme des hôpitaux laisse une tache formant un rond brunâtre ou grisâtre. Voici, d'autre part, les perturbations physiologiques que présentent les malades soumis aux inhalations du chloroforme impur. Ils sont comme suffoqués par les premières inspirations; les inspirations sont plus espacées (6 à 7 par minutes) et séparées par des pauses plus longues qu'avec un bon chloroforme; il en résulte un état asphyxique marqué par la turgescence des veines du cou et de la face et par des battements veineux; la période qui précède l'anesthésie est ainsi prolongée. M. Berger ne serait pas éloigné de croire que certaines syncopes du début seraient dues à un réflexe dont le point de départ serait dans le larynx irrité par les matières étrangères contenues dans le chloroforme, qui pourraient de même préparer les accidents qu'on observe dans la période anesthésique; une chloroformisation qui a mal débuté marchera mal tout le temps qu'elle durera. Il ne croit pas, d'ailleurs, que le chloroforme des hôpitaux soit impur : il est vérifié et purifié à la Pharmacie centrale : c'est dans les hôpitaux qu'il s'altère; il est apporté dans des vases de plusieurs litres, d'où il est versé dans des flacons destinés à chacune des salles; c'est par ces transvasements successifs, et par son séjour dans les salles, qu'il s'altère. Aussi propose-t-il qu'on exagère les précautions à la Pharmacie centrale, et que le chloroforme soit livré en petite quantité, dans des flacons de verre bleu ou noir contenant 200 grammes au plus.

Cette discussion, soulevée à la Société de Chirurgie par la communication de M. Lucas-Championnière, a été reprise à l'Académie par M. Regnault qui, dans une note intitulée : *Observations sur le chloroforme destiné à l'anesthésie*, est venu blâmer sévèrement le procédé indiqué par M. Lucas-Championnière sur la foi de M. Yvon.

Après avoir rappelé la discussion précédente et celle qui a eu lieu à peu près dans le même temps à la Société de pharmacie, M. *Regnault* commence par affirmer que cette question de l'impureté du chloroforme, qui semble revenir périodiquement, ne cessera

d'être soulevée, tant que le chloroforme, si pur qu'il soit, ne sera pas remplacé par un anesthésique possédant, si cela n'est pas inconciliable, sa puissance sans ses inconvénients et ses dangers. Il fait remarquer que le réactif dont on se sert le plus habituellement pour déceler les impuretés du chloroforme n'atteint pas le but. Ce réactif consiste dans une solution de permanganate de potasse additionnée d'une certaine proportion de potasse caustique. Cette solution garderait une belle couleur violet pourpre, quand on la mêlerait avec quantité égale d'un chloroforme parfaitement pur, elle verdirait dans le cas contraire. Or, M. Regnauld a constaté que des échantillons de chloroforme qui, au point de vue chirurgical, pouvaient être considérés comme excellents, puisqu'ils ne contenaient aucune substance nuisible, faisaient cependant virer au vert, avec une grande rapidité, le réactif en question, tandis que d'autres chloroformes, conservés pendant plusieurs mois dans une partie du laboratoire où le soleil donnait pendant toute la journée, et devenus tout à fait impropres à l'anesthésie chirurgicale, laissaient sa couleur pourpre au permanganate. M. Regnauld ajoute qu'il existe d'ailleurs un procédé très simple pour empêcher le chloroforme le plus impur de verdir le permanganate; il suffit d'y mêler un peu d'acide sulfurique, dont l'action ne détruit nullement les impuretés qui rendent le chloroforme dangereux. Aussi, les chirurgiens ne devront-ils accepter que sous bénéfice d'inventaire les jugements fondés sur un réactif qui pèche à la fois par excès et par défaut, parlant quand il pourrait se taire, et muet quand il devrait parler.

M. *Gosselin* dit que, depuis longtemps, il est convaincu que les accidents survenus pendant l'anesthésie chirurgicale ne sont pas dus aux impuretés du chloroforme. Ces accidents deviennent de plus en plus rares, en France du moins. Dans les documents rassemblés dans la thèse récente de M. Duret, il n'y aurait maintenant pas plus d'un cas de mort pour 5,200 ou 5,300 chloroformisations dans notre pays. Mais en Amérique, il y en a encore plus du double. Non-seulement les morts subites deviennent de moins en moins fréquentes, à mesure que l'on connaît mieux le chloroforme et qu'on sait mieux l'administrer, mais, il en est de même du nombre des autres accidents chloroformiques, de ces malaises qui ne menacent pas la vie, mais sont pénibles pour le malade ou gênants pour l'opérateur, tels que vomissements, agitations, céphalalgie, etc.

Pour que le chloroforme soit pleinement inoffensif, alors même qu'il ne serait pas parfaitement pur, il importe surtout d'en ménager l'action et d'arriver graduellement à l'anesthésie. M. Gosselin en est arrivé à formuler une méthode qu'il applique dans tous les cas, et qui lui réussit fort bien. Il fait faire d'abord quatre inspirations de chloroforme, puis deux inspirations d'air pur, puis six de chloroforme et deux d'air pur, huit de chloroforme et deux d'air pur, et ainsi de suite en séparant toujours par deux inspirations d'air pur des séries de plus en plus longues d'inspirations chloroformiques. Avec cette méthode, on n'arrive pas toujours à empêcher certains accidents, tels que les vomissements, surtout chez les femmes hystériques, mais on les observe rarement; et ce qui prouve qu'ils ne sont pas le résultat de l'action d'un chloroforme impur, c'est qu'à l'hôpital, où l'on endort souvent plusieurs malades dans la même journée et avec le même chloroforme, on les verra se produire chez l'un, tandis qu'ils manqueront absolument chez tous les autres. Ce sont donc bien les résultats d'idiosyncrasies, de prédispositions individuelles, et l'impureté supposée de l'anesthésique n'y est pour rien. D'ailleurs, les impuretés dont on parle toujours, on ne les a jamais désignées d'une manière précise. Quelles seraient les substances qui peuvent se trouver mêlées au chloroforme et qui causeraient ces accidents ?

M. *Verneuil* pense que le réactif le meilleur, le plus sûr et le plus pratique pour découvrir les impuretés du chlorroforme, est l'odorat. Pour lui, il n'en emploie pas d'autre quand il veut apprécier le degré de pureté d'un chloroforme, quelle que soit sa provenance, qu'il vienne d'une pharmacie de la ville ou d'une pharmacie des hôpitaux. En général, tous ces chloroformes sont de bonne qualité, à moins qu'on les ait laissés trop longtemps en vidange dans de grands flacons, auquel cas ils s'altèrent plus ou moins. Comme M. Gosselin, M. Verneuil a constaté, sur une série de malades opérés dans la même séance et soumis aux inhalations d'un même chloroforme, que ce chloroforme faisait vomir les uns et non les autres, qu'il provoquait de la suffocation sur celui-ci et non sur celui-là. Il a remarqué que les gens sobres, les jeunes femmes, les enfants et, en général, les gens ayant une bonne santé générale, n'éprouvaient pas ces accidents, tandis qu'on les observait chez les dyspeptiques, les alcooliques et autres personnes atteintes de diverses diathèses. Si bien que M. Verneuil pourrait, étant donné un malade, prédire d'avance de quelle manière il se comporterait sous l'action du chloroforme, s'il aurait ou non des vomissements. Suivant lui, les qualités du chloroforme sont d'importance secondaire; tout dépend du mode d'administration de cet agent. Les divers chloroformes employés en France sont généralement de bonne qualité et ne produisent pas d'accidents, à la condition que le chirurgien use de certaines précautions, fasse des inhalations ménagées et prudentes. Le seul reproche que M. Verneuil adresse au chloroforme, c'est de déterminer une action irritante sur le pharynx et de produire ainsi un spasme, une suffocation que l'on n'observe pas, par exemple, chez les individus que l'on opère après les avoir trachéotomisés. A part ces phénomènes, le chloroforme ne provoque pas d'accidents réellement graves quand on le donne avec les précautions voulues.

M. *Maurice Perrin* ne partage pas complètement les opinions que viennent d'exprimer ses collègues

MM. Gosselin et Verneuil. Suivant lui, les accidents et les inconvénients du chloroforme ne tiennent pas du tout à son mode d'administration, mais à ses qualités. Il ne s'agit pas du tout de la question des accidents mortels, mais de l'insuffisance du chloroforme à provoquer l'anesthésie, ainsi que des vomissements que l'on observe chez certains individus pendant toute la durée de la chloroformisation, vomissements que M. Perrin a vus persister même pendant vingt-quatre et quarante-huit heures après; tels sont les faits sur lesquels il a cru devoir appeler l'attention de l'Académie, il y a déjà trois ou quatre ans. Ces accidents ne tiennent nullement à la manière d'administrer le chloroforme. Il y a trente ans que M. Perrin manie le chloroforme, et il le donne toujours lui-même à ses opérés. Or, ce n'est que depuis 1878 qu'il a vu le chloroforme se comporter d'une manière entièrement différente de celle qu'il constatait autrefois. Il a vu des cas dans lesquels la séance de chloroformisation devenait interminable et où il a été obligé de renoncer à chloroformiser son opéré, après plus d'une heure de vaines tentatives pour obtenir l'anesthésie, et ces difficultés, il les a observées sur toutes sortes de malades, hommes, femmes, enfants, et avec du chloroforme de toute provenance, qu'il vînt de la ville ou bien des hôpitaux. M. Perrin a prié alors le pharmacien en chef du Val-de-Grâce de vouloir bien purifier les échantillons de chloroforme dont il se servait, et il a obtenu, après la purification, les bonnes chloroformisations d'autrefois.

Sans pouvoir préciser en quoi consistent ces impuretés du chloroforme, M. Perrin croit, d'après ces faits, pouvoir leur attribuer les inconvénients qu'il a observés.

M. Regnault pense que le chloroforme, même parfaitement pur, est susceptible de s'altérer rapidement sous l'influence du contact d'un corps gras ou de la radiation solaire. Il se produit alors des modifications dans l'odeur de ce liquide, qui peut devenir infect et absolument inapplicable à l'anesthésie chirurgicale. Mais cette modification peut être moins appréciable tout d'abord à l'odorat; on reconnaîtra que le chloroforme est parfaitement pur lorsque, versé sur un morceau de papier plié en deux, il conserve jusqu'au bout, c'est-à-dire jusquà l'évaporation complète, son odeur suave.

Au point de vue des accidents, il faut, suivant M. Regnault, partager les malades en deux catégories : ceux qui sont prédisposés à ces accidents, et ceux qui ne le sont pas. Il y a des sujets, et M. Regnault est de ce nombre, qui ne peuvent être éthérisés ou chloroformisés sans avoir des accidents semblables au mal de mer. Ils ont le mal du chloroforme, comme d'autres ont le mal de mer. Il importe donc de faire, dans cette question, la part de ces prédispositions individuelles.

Quoi qu'il en soit, M. Regnault pense que M. Maurice Perrin a eu raison d'appeler l'attention des chirurgiens sur les altérations que peut subir le chloroforme et sur les accidents qui peuvent être la conséquence de ces altérations.

Elections. — M. le *Dr Mesnet* a été élu membre titulaire, dans la classe des associés libres, en remplacement de M. Littré. Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MORVE CHEZ L'HOMME

Deux observations, l'une de morve aiguë terminée par la guérison; l'autre de morve farcineuse, terminée par la mort.

Par le docteur V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(Fin).

RÉFLEXIONS. — Il n'est pas possible de dire si V. a contracté la morve par inoculation ou par infection. La première supposition est pourtant la plus probable. Je ne pense pas que la nature de la maladie puisse être contestée. Sans doute il manque la preuve positive qu'aurait fournie l'inoculation artificielle de la matière issue de ses narines, soit à un cheval, soit mieux encore à un âne, réactif par excellence du virus morveux. Mais cette expérience n'est pas facile à un médecin de campagne, et elle paraîtra superflue, si l'on tient compte du cortège de symptômes très caractéristiques que nous avons observés.

Une circonstance qui jusqu'à ces derniers temps m'a beaucoup embarrassé, c'est l'effet si remarquable et si décisif de la contusion chez V. Je ne pouvais m'expliquer l'explosion rapide des accidents aussitôt après sa blessure. J'en étais réduit à quelque raison analogue à l'horreur du vide de Galilée ou la vertu dormitive de notre grand Molière, quand parut le travail de MM. Arloing, Cornevin et Thomas sur le charbon symptomatique. J'appris, non sans éprouver la satisfaction que procure la solution d'un problème longtemps cherché, qu'une lésion du tissu cellulaire donnant lieu à la plus faible extravasation sanguine, est capable de provoquer le développement d'accidents mortels chez les sujets infectés. Ce fut pour moi un trait de lumière. Car, en partant de ce point de vue aussi juste que nouveau, tout s'expliquait sans peine. Le virus avait été absorbé antérieurement n'importe par quelle voie, n'importe à quelle époque précise; il circulait déjà dans le sang, n'accusant sa présence que par un malaise indéfinissable, des symptômes dénués de caractère spécifique. Survient inopinément la contusion du nez que l'on sait. Aussitôt, grâce à cette lésion, sorte de porte ouverte à l'ennemi, le microbe pénètre dans le tissu cellulaire, où, trouvant un terrain favorable, il se développe et se multiplie à l'aise. De là les phénomènes de la morve aiguë entée sur ceux d'une morve chronique.

On a vu que le sang extrait de la veine chez mon client s'était recouvert d'une couenne épaissé. Il en a été de même dans plusieurs autres cas de morve relatés par divers observateurs. L'un des plus remarquables est celui qui a été cité par M. Husson, à la séance du 9 octobre 1838, de l'Académie de médecine. Le mal se déclara par une douleur d'apparence rhumatismale à l'épaule droite, de la céphalalgie, une fièvre intense, puis par un écoulement abondant de mucus nasal et des crachats sanguinolents analogues, dit l'auteur, à ceux des sujets atteints de pneumonie lobulaire. Une saignée du bras fut pratiquée.

Le sang offrait une forte couenne. De l'épaule le gonflement s'étendit au bras; il se manifesta une tache gangréneuse sur ce membre et en même temps des pustules non ombiliquées à la figure, au cou, sur le tronc et le bras. Enfin la mort fut l'aboutissant de ces terribles accidents.

Les douleurs d'apparence rhumatismale du début, et le gonflement ultérieur des articulations sont notés dans un grand nombre d'observations et n'ont pas peu contribué à entretenir nos devanciers dans l'erreur de leur diagnostic. « Comme la morve, dit Elliotson, se présente sous la forme d'une affection rhumatismale, il est probable qu'elle est quelquefois prise pour un rhumatisme.» En fait, cette méprise a été et est encore commise, non seulement par des médecins, mais même par des vétérinaires. J'ai vu naguère un cheval atteint de morve chronique et qui était regardé, au grand préjudice de son propriétaire, comme étant en proie à une affection purement rhumatismale. Quelquefois le gonflement articulaire revêt bien vite des caractères qui ne permettent plus le doute. Dans un cas cité par M. Breschet (même séance de l'Académie de médecine), la maladie débuta par une rougeur intense au genou gauche, avec gonflement et chaleur; mais bientôt, ce qui n'est plus du tout conforme aux allures du rhumatisme, les tissus prirent l'aspect bien connu que donne l'érysipèle phlegmoneux et la réunion des signes caractéristiques de la morve vint asseoir le diagnostic sur des bases inattaquables.

Nous n'avons pas observé chez notre malade l'éruption pustuleuse cutanée, épiphénomène habituel de la morve, mais seulement un exanthème papuleux très fugace. Graves insiste sur la grande variété d'affections cutanées inflammatoires que l'on peut rencontrer chez les morveux. Dans le cas de Patrick Wallace, il observa d'abord une rougeur diffuse de la face, puis des taches superficielles sur les épaules et sur les bras, rappelant l'érythème noueux. Ce n'est pas tout. Des vésicules éparses se développèrent sur toute la surface du corps; ces vésicules se transformèrent ensuite en pustules entourées d'une auréole inflammatoire; enfin il vit des eschares réunies en grand nombre, circonscrits par une zone blanche saillante, dont ils étaient séparés par un cercle de couleur rouge. Ce qui n'est pas moins digne d'attention, c'est que, à l'autopsie, on trouva que la surface des poumons présentait des pustules exactement semblables à celles de la peau.

Dans le traitement institué, nous estimons que tous les moyens employés ont eu leur part du succès et que pas un n'eût pu être omis sans compromettre le résultat. Certes, si l'école physiologiste a usé et abusé de la saignée et des sangsues, il il n'est pas douteux que nos contemporains les ont par trop délaissées et nous avons la conviction que les malades n'ont pas plus gagné à l'abstention absolue et systématique qu'à l'abus de cette puissante et parfois héroïque médication. Dans certaines maladies, au premier rang desquelles nous placerons la méningite, rien ne saurait la remplacer, pas même les alcaloïdes défervescents si fort prônés par une certaine école. Ce que l'expérience de tous les jours apprend au praticien éclectique qui ne se laisse guider par aucune idée préconçue, c'est que la saignée constitue notre grosse artillerie de siège, qu'elle fait pour ainsi dire, la brèche par où les assaillants qui sont tantôt les hyposthénisants comme le tartre stibié, tantôt les alcaloïdes, tantôt les altérants et les spécifiques, pénètrent ensuite aisément dans la place. En vain chargeriez-vous vos fantassins et vos cavaliers d'entamer les remparts ennemis : de même en vain vous adressez-vous de prime abord aux agents pharmaceutiques. En vérité les physiologistes s'en sont tenus à la grosse artillerie; nos contemporains négligeant cette indispensable ressource, n'ont recours le plus souvent qu'à la carabine et au chassepot. Faute également grave, également funeste aux malades.

La voie une fois préparée par la saignée, les autres agents viennent à leur heure et, du concert de ces divers moyens résulte une action décisive et, Dieu merci! assez souvent efficace. Chez notre malade, la saignée suivie de l'administration du tartre stibié à haute dose s'est montrée des plus utiles et a laissé aux altérants et aux antiseptiques une besogne a moitié faite qu'il ne s'agissait plus que de compléter,

De tous les altérants, c'est sans contredit l'iode qui a été le plus souvent expérimenté et cela avec des résultats bien divers. « L'efficacité de l'iode, dit Elliotson, dans le traitement de la morve est loin d'être démontrée ». Cependant la connaissance de quelques cas remarquables de succès nous encouragea à lui donner la préférence.

Ce n'est pas seulement chez l'homme, mais encore chez le cheval lui-même, qu'il a été administré avec bonheur. M. Thompson, vétérinaire anglais, rapporte (*the Lancet, 1837*) qu'un cheval atteint de morve datant de plusieurs semaines, ne pouvait plus se tenir sur ses jambes. On allait l'abattre, quand on eut l'idée de tenter, avant de le sacrifier, l'emploi de la teinture d'iode, à la dose de 150 gouttes trois ou quatre fois par jour. Au bout de sept semaines, l'animal était presque guéri. Depuis 4 ans, ajoute l'auteur, il n'y a pas eu de récidive et cet animal est regardé actuellement par son propriétaire comme le meilleur de son écurie.

A l'usage interne de l'iodure de potassium nous avons joint l'emploi topique de l'antiseptique par excellence, l'acide phénique en injections nasales; et nous pouvons affirmer que cette médication exerce l'influence la plus heureuse et la plus rapide

à la fois sur la cicatrisation des ulcérations de la muqueuse.

Certainement l'acide phénique peut être remplacé sans désavantage par d'autres agents antiseptiques. Déjà Elliotson a vanté l'usage de la créosote *intùs et extrà* et il rapporte à ce sujet (*The Lancet, 1838*) une observation de farcin contracté en soignant un cheval morveux, et caractérisé par des engorgements sur différentes parties du corps, terminés par suppuration et donnant lieu à des ulcères, lequel fut singulièrement amendé sous l'influence de la créosote. Le fait le plus concluant est dû à M. Jions (*London medical gazette, mars, 1839*). Il s'agit d'un homme atteint d'un écoulement nasal très abondant et d'une fétidité extrême. Déjà des symptômes effrayants, des sueurs froides, une prostration considérable, une respiration laborieuse, tout annonçait une mort prochaine. Incontinent, on pratiqua une injection nasale, en se servant d'une dilution de 2 gouttes de créosote par once d'eau, et l'on répéta l'opération trois fois par jour. Dès la troisième on obtint une évidente amélioration et finalement la cicatrisation des ulcérations de la pituitaire et la guérison complète.

De son côté, le Dr Pidduch se loue de l'essence de térébenthine mêlée à de la sciure de bois et maintenue au dessous des naseaux des chevaux malades de la morve, de manière à ce que la vapeur en soit continuellement aspirée.

Vienne l'arsenal de nos nombreux antiseptiques modernes, l'acide borique, l'acide salicylique, l'acide thymique, la teinture d'eucalyptus, le coaltar, la chaux d'épuration des gazomètres, et nous n'aurons bientôt plus que l'embarras du choix.

Observation II.

Morve farcineuse chronique, compatible pendant le plus grande partie de sa durée avec l'exercice d'une profession fatigante. Exacerbations aiguës, à plusieurs reprises, pendant le cours de la maladie. Mort par le développement de la pneumonie lobulaire ultime.

M. X., 58 ans, d'une bonne constitution, exempt de syphilis et de scrofule, issu de parents sains et parvenus l'un et l'autre à un âge avancé, donna pendant plusieurs mois des soins assidus à son cheval qu'il croyait atteint d'une affection rhumatismale mais qui, en réalité, avait le farcin. Il pansait lui-même quotidiennement les ulcères et l'éruption cutanée pustuleuse dont souffrait le jeune animal. Quelque temps après, au mois d'août 1878, il contracta une angine qui fut regardée comme diphthéritique et un coryza très tenace siégeant principalement à droite, accompagné de jetage sanguinolent très fétide. Bientôt une éruption papuleuse se manifesta à la face dorsale de la main, précédée d'un engorgement ganglionnaire sous l'aisselle. La signification de tous ces phénomènes et des anamnestiques fut entièrement méconnue et aucun traitement rationnel étiologique ne fut par conséquent institué.

Appelé pour la première fois dans le courant de novembre, je constatai l'état suivant, dont la gravité, sinon l'incurabilité, sautait aux yeux les moins clairvoyants : Emaciation considérable, Teint terreux, presque jaune paille. Inflammation chronique de l'orifice de la narine droite s'étendant à la muqueuse. Tuméfaction et phlegmasie des lèvres qui paraissent ulcérées sous les croûtes. Angine chronique caractérisée actuellement par une rougeur uniforme, sans ulcérations. Engorgement considérable et presque général des ganglions lymphatiques, tant à la partie postérieure et latérale du cou, qu'aux aisselles et aux aines. Tumeur intra-abdominale droite, à bord tranchant en avant, rénitente, presque indolente, en tous cas sans accompagnement de douleurs lancinantes, située à trois travers de doigt de la ligne médiane et s'étendant verticalement de la région hépatique jusqu'à deux ou trois travers de doigt du ligament de Poupart.

Langue nette ; pas de diarrhée. Appétit presque normal. Rien à l'auscultation des poumons dont les sommets sont absolument vierges de tuberculisation. Bruit de souffle intense dans la carotide droite pendant la station debout. Même souffle à la région précordiale, au premier temps. Ce bruit de souffle se prolonge surtout vers la pointe de l'organe. Tendance au sommeil pendant le jour. sueurs nocturnes, pouls à 96 le matin, à 108 le soir et la nuit, 38° environ le matin ; passé 39 le soir.

Traitement. Chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium et 1 centigramme de biiodure hydrargyrique. Régime corroborant, quinquina, ferrugineux, huile de foie de morue. Si la médication est souvent une sorte de pierre de touche, les premiers résultats obtenus furent si favorables, dépassèrent tellement nos faibles espérances, qu'ils deviennent une confirmation éclatante de l'exactitude de notre diagnostic. Quinze jours après le début de notre traitement, le malade paraissait renaître. La sommolence de sinistre augure avait fait place à une remarquable activité physique et intellectuelle. Le malade recouvra pendant quelque temps son entrain habituel ; à plusieurs reprises, il se hasarda à sortir en voiture et n'hésita pas à donner la preuve de l'amélioration de son état général en reprenant l'exercice de ses fonctions. Tout-à-coup, le 25 janvier, survint sans cause connue, l'invasion d'une pneumonie lobulaire double qui devait être inévitablement la dernière étape de cette longue maladie. A partir de ce moment, le prostration fit des progrès rapides. Le 3 février, le muguet, précurseur à courte échéance, de l'issue fatale, envahit la gorge, l'amygdale droite surtout. Les plaques pultacées d'abord, dégénérèrent les jours suivants en véritables fausses membranes, épaisses, grisâtres, susceptibles de se détacher par fragments et se reproduisant sans cesse. La mort survint le 11 février 1879. L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Réflexions. Si la triste faculté que possède la

morve des solipèdes d'être transmissible à l'homme n'était pas une vérité parfaitement établie, j'avoue que le cas précédent serait mal choisi pour en fournir la preuve. Le mode de la contagion est resté insaisissable et nous ne pouvons nous prononcer sur la question de savoir s'il y a eu inoculation ou seulement infection.

Il ne nous a pas été donné malheureusement de pratiquer l'autopsie et de rechercher sur la pituitaire les lésions anatomiques, pathognomoniques de la morve. Enfin nous avons dû renoncer à regret, faute de sujet, à pratiquer l'inoculation du flux nasal à un solipède : expérimentation qui seule eût suffi à lever tous les doutes. Dans ces conditions regrettables, notre diagnostic ne pouvait être étayé que sur la symptomatologie. En procédant par élimination, il était facile d'écarter tout d'abord le cancer et la syphilis, susceptibles d'être ici confondus avec la morve. Restaient le lymphatisme compliqué de leucocytémie et la tuberculose. Il nous parut que les phénomènes observés, les altérations de la pituitaire et le jetage nasal principalement joints aux exanthèmes cutanés, dont quelques-uns affectaient la forme ulcérative, aux engorgements ganglionnaires sous-cutanés multiples, doublés de la tuméfaction énorme de ceux du mésentère droit, aux commémoratifs et à l'absence complète de tubercules pulmonaires, que tous ces phénomènes, dis-je, constituaient un ensemble symptomatique aussi favorable à l'hypothèse d'une morve farcineuse que peu conforme à celle d'une affection lymphatique ou tuberculeuse. Quant à l'angine, elle a souvent été observée dans le cours ou au début de la morve. Rayer attribue même à la coïncidence de cette complication le glandage sous-maxillaire observé chez certains malades. Dans le cas rapporté par Graves, (*clinique médicale tome II*), un des premiers phénomènes a été l'angine tonsillaire ; l'amygdale gauche et toute la partie voisine étaient fortement tuméfiées.

La longue durée de la maladie et la conservation de l'appétit ont été signalées un certain nombre de fois. Wiggins Heustis cite un cas dans lequel la maladie eut une durée d'au moins dix mois. L'appétit avait été peu dérangé jusqu'à l'époque où la face fut envahie par une tuméfaction avec aspect luisant.

La terminaison par le passage subit de la morve chronique à l'état aigu n'est point un fait rare. Entre autres observateurs, M. Gibert a relaté un cas de ce genre à l'Académie de médecine en 1839. Notre malade a succombé à la pneumonie lobulaire intermittente. Le poumon, dit Rayer, forme, pour ainsi dire, l'aboutissant de l'infection générale, et c'est par l'altération purulente de cet organe que la mort a lieu.

« En résumé, conclut la *Gazette médicale*, il n'y a point, dans la morve, de symptômes, à proprement parler, pathognomoniques. La détermination de l'affection résulte de l'ensemble des symptômes et de leur marche, et non de chacun ou de l'un d'eux en particulier. »

C'est en partant de ces principes que nous nous sommes cru autorisé à admettre chez notre malade, à l'encontre de l'opinion d'un confrère, l'existence d'une morve farcineuse, et que nous avons en conséquence recommandé aux personnes qui le soignaient, les plus minutieuses précautions dans le but de les préserver de la contagion.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE.

On s'est beaucoup occupé l'année dernière chez nous de cette affection qui avait été surtout étudiée jusqu'ici à l'étranger, et qui, d'ailleurs, n'a pas pris droit de cité depuis longtemps dans le cadre nosologique. Une observation et un mémoire présentés à l'Académie par l'excellent médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Mesnet, ont été suivis de quelques publications pleines d'intérêt, signées de MM. Dreyfus-Brisac, Lépine, du Cazal, et nous ont suggéré l'idée de rechercher les travaux publiés sur ce sujet antérieurement en Angleterre, en Allemagne et en Italie, afin d'en présenter le résumé à nos lecteurs.

Il s'agit sans doute d'une affection qui ne se rencontre pas fréquemment dans la pratique, ou du moins, jusqu'ici, on pourrait encore compter les observations qui en ont été publiées. Mais il est vraisemblable que, mieux connue, elle sera plus souvent observée ; car elle sera diagnostiquée dans des cas où elle passe aujourd'hui encore inaperçue des praticiens. D'ailleurs sa nature et sa pathogénie se lient à de très hautes questions de pathologie générale, et nous ne pensons pas qu'on nous sache mauvais gré d'exposer ici cette rareté pathologique.

I.

On sait que l'*hémoglobinurie* consiste dans l'émission d'urines colorées en rouge, avec une intensité plus ou moins grande, par la présence d'une quantité variable de la matière colorante des globules sanguins, l'hémoglobine. Cette fausse hématurie diffère du véritable pissement de sang, en ce que le microscope ne révèle jamais dans les urines ainsi colorées l'existence des globules eux-mêmes. Des deux parties constituantes de l'hématie, le pigment seul a traversé le filtre rénal ; le stroma, le squelette du globule, si on peut ainsi s'exprimer, demeure ou se détruit dans la circulation sanguine.

Or, dès 1865, des publications anglaises firent connaître certains cas dans lesquels ce symptôme s'était montré constamment avec deux caractères très particuliers, celui de se reproduire à des intervalles plus ou moins éloignés, et celui de n'apparaître que par une basse température.

De là les noms d'*hématurie hivernale* (1), d'*hémoglobinurie paroxysmale* (2) ou *pério-*

(1) Hassall.
(2) W. Legg.

dique (1) que donnèrent à ce symptôme les premiers observateurs, et auxquels, en dernier lieu, a été substitué chez nous la rubrique très expressive d'*hémoglobinurie paroxystique à frigore*.

Voici comment se montre cette affection dont la physionomie, dit avec raison M. Mesnet, « est tellement personnelle qu'il est impossible au clinicien de la méconnaître dès sa première rencontre. »

Un sujet, dont la santé habituelle est souvent parfaite, éprouve très soudainement, à la suite d'un refroidissement, les symptômes suivants : une sensation de froid aux pieds, des frissonnements ou même un frisson assez violent, des tiraillements dans les membres et une constriction épigastrique, de la céphalalgie avec un état semi-vertigineux. La face pâlit et les extrémités sont cyanosées. A ce malaise vague et général s'ajoute la fièvre, les pulsations augmentent de dix à quinze par minute, la température est plus élevée d'un degré ou d'un degré et demi qu'à l'état normal.

L'endolorissement est quelquefois spécialement accentué dans la région lombaire, d'autres fois il s'étend à l'hypochondre droit, et les téguments ont parfois une teinte jaunâtre, subictérique, assez fugace.

Mais ce qui caractérise nettement cet état général mal défini, c'est la nature de l'excrétion urinaire pendant la même période de temps. L'urine est d'abord d'un rouge pâle, couleur vin de Bordeaux, dit M. Mesnet ; puis elle devient foncée, sa coloration est comparable à celle du Porter, du vin de Porto ; enfin elle revient par une série descendante de teintes graduellement moins foncées au type de l'urine normale, tel qu'il existait avant l'accès. Lorsqu'on a pu recueillir d'heure en heure ou même de demi-heure en demi-heure, les urines émises par le malade et les conserver dans des verres les unes à côté des autres, on constate facilement cette sorte de gamme de couleurs, et M. Mesnet a figuré la dégradation des nuances successives par un tracé chromographique qui la rend saisissante.

Si on procède à un examen plus approfondi de ces urines colorées, on constate que le sédiment d'un rouge variable qui repose au fond du verre, se compose de cylindres et de granulations formées d'hémoglobine plus ou moins altérée et de quelques cellules épithéliales du rein.

Mais le microscope n'y découvre aucun globule rouge, ni même aucun débris rappelant la forme des hématies. La quantité de l'albumine contenue dans la partie liquide, qui présente la réaction acide, est proportionnelle à la quantité de pigment sanguin excrétée, et l'addition d'acide nitrique détermine la formation d'un coagulum coloré en rouge brun. L'examen au spectroscope fait apparaître les deux raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine, et si l'on fait intervenir le sulfhydrate d'ammoniaque, l'hémoglobine réduite se reconnaît à sa raie unique.

L'attaque que nous venons de décrire ne dépasse guère six à huit heures ; le malade reprend ses occupations, s'il les a interrompues, sans ressentir autre chose qu'un peu de courbature et de faiblesse, et bientôt sa santé est, en apparence, parfaite, hormis peut-être quelques signes d'anémie jusqu'au retour d'accidents semblables. Ceux-ci peuvent reparaître après un intervalle variant entre quelques jours et plusieurs mois, mais toujours sous l'influence univoque du froid. Le malade observé par M. Mesnet est ainsi en observation depuis trois ans. Bien que la répétition des attaques entraîne à la longue un état de faiblesse et d'anémie marquées, comme elles sont espacées et que l'organisme peut réparer pendant la belle saison les pertes que lui a fait éprouver le froid de l'hiver, on n'a guère observé jusqu'ici de terminaison fatale.

(1) Lichtheim.

II

Quelles sont donc les *causes*, quelle est la *nature* de cette singulière affection ? En première ligne il faut placer sans conteste, au moins comme cause occasionnelle, l'impression brusque du *froid* ; cette influence est si manifeste que M. Mesnet pouvait à volonté faire naître ou prolonger une crise hémoglobinurique, en soumettant son malade à une température basse, en le faisant sortir pendant un grand quart d'heure, une demi-heure, une heure au plus, quand le thermomètre accusait 0°. — Au contraire le séjour dans une chambre bien chauffée, dans un lit bassiné, l'ingestion de boissons chaudes stimulantes mettaient fin à l'accès.

Si nous recherchons maintenant les causes premières de cette affection, nous nous trouvons en présence des conditions étiologiques les plus diverses. On l'a observée, quant au sexe, presque toujours chez des hommes et quand à l'âge surtout chez les sujets adultes, exceptionnellement chez des enfants ou des vieillards. — La race avait paru jusqu'a ces derniers temps jouer un rôle important, puisqu'on n'avait guère décrit l'hémoglobinurie paroxystique que chez les Anglo-Saxons ; mais depuis peu justement, l'Allemagne, l'Italie et la France sont venues apporter leur contingent de cas. Quant au climat, il ne peut être guère invoqué ; car toutes les latitudes, celle des Indes comme celle de Londres, ont vu des hémoglobinuriques ; si pourtant, comme nous le dirons tout à l'heure, le rapprochement qui a été tenté par quelques pathologistes entre l'affection qui nous occupe et certaines formes de fièvre bilieuse hématurique venait à se confirmer, il faudrait bien reconnaître sa fréquence plus grande dans certaines contrées tropicales.

Deux autres catégories d'antécédents pathologiques ont été notées chez ces malades, *l'impaludisme* et la *syphilis*. On a bien relevé aussi parmi les commémoratifs lointains le rhumatisme chronique, la diathèse oxalique, la polyarthrite aiguë, la rougeole, la scarlatine, la goutte, etc. ; mais la multiplicité même de ces antécédents et leur diversité nous paraît ne leur laisser aucune signification étiologique.

Le rôle que peut jouer le poison paludéen dans la pathogénie de l'hémoglobinurie a fait le sujet

d'un mémoire publié par M. Corre dans les Arch. de Méd. navale (1881). L'auteur pose le question de savoir si l'affection qui nous occupe et qu'on pourrait, d'après lui, dénommer fièvre hémoglobinurique, n'est pas identique, par ses caractères cliniques, avec la fièvre bilieuse dite hématurique; dès lors ne faudrait-il pas la considérer comme « une fièvre mixte dont les éléments générateurs sont l'infection palustre et l'action d'un froid relatif sur des organismes de résistance amoindrie par certaines conditions d'acclimatement. »

Quant au rôle pathogénique possible de la syphilis, il pourrait être déduit du fait que plusieurs des malades observés étaient des syphilitiques, que Murri a trouvé les lésions du foie syphilitiques à l'autopsie d'un hémoglobinurique et que le traitement mercuriel a influencé favorablement la marche de l'affection plusieurs fois. Il est vrai que le sulfate de quinine aurait aussi dans d'autres cas été efficace, mais il est assez difficile de juger l'action du médicament sur une maladie dont l'allure est, par essence, intermittente et paroxystique et qui s'amende spontanément par le passage de la saison froide à l'été.

III

L'essence même du processus en vertu duquel se manifestent les urines hémoglobiniques a donné lieu à de nombreuses théories, clairement exposées par M. A. Ramlot dans une Revue Critique (1), et par M. Dreyfus-Brisac (2).

On peut résumer la question en disant que, pour les uns, il s'agit d'une affection des reins, ou plutôt d'un simple trouble fonctionnel, de nature congestive, véritable « *coup de sang rénal* »; — pour les autres l'hémoglobinurie est consécutive seulement à une *hémoglobinhémie* exagérée, à la dissolution trop rapide des globules rouges dans le sang. L'hémoglobine en excès ne pouvant pas être complètement transformée en pigment biliaire ou urinaire normal s'éliminerait en nature par la voie rénale. L'affaiblissement de la vitalité des globules rouges qui permet la mise en liberté de l'hémoglobine dériverait peut-être alors d'une altération préexistante des organes hématopoiétiques.

Quels sont les arguments qui militent en faveur de cette dernière opinion émise par Murri et Lichtheim, adoptée par M. Dreyfus-Brisac et tout récemment défendue par M. du Cazal, professeur agrégé au Val-de-Grâce (3)? « Dans l'hémoglobinurie, dit ce dernier auteur, la destruction des globules sanguins se fait dans la circulation générale. Une expérience directe faite déjà par Kuessner (de Halle) (4), le prouve d'une façon évidente; ayant appliqué à son malade pendant l'accès une ventouse scarifiée, il vit que le sérum sanguin lui-même était coloré par l'hémoglobine et présentait une coloration rouge grenat. Six fois, il répéta cette expérience, et six fois obtint le même résultat. Il nous apprend en outre que, d'après Bollinger, Spinola aurait déjà montré, que, dans le sang obtenu par la saignée de chevaux atteints d'hémoglobinurie, le sérum était rouge. » M. du Cazal a refait la même expérience avec le même succès chez le malade qu'il a soigné; il pense que la destruction des globules rouges se fait rapidement, en un temps très court, et que l'élimination de l'hémoglobine se fait ensuite lentement.

D'ailleurs l'existence de l'altération des globules rouges dans le sang, au moment de l'accès a été constatée par M. Hayem; les caractères en sont un retard dans la formation du réticulum fibrineux et une diminution considérable de la tendance qu'ont, à l'état normal, les hématies à se mettre en file.

Contre la théorie du coup de sang rénal, M. du Cazal relève encore que, loin d'y avoir, au moment de l'accès, une hypérémie, il y a, au contraire, une stase dans les reins, comme dans tout le reste de l'organisme; la preuve en est dans la diminution de la diurèse.

De plus, on ne comprendrait pas cette congestion sans un certain degré d'albuminurie; or il y a bien de l'albumine dans l'urine, mais en quantité rigoureusement proportionnelle à la quantité de l'hémoglobine.

Quant à la cause de la destruction des globules rouges dans le sang, elle est impossible à préciser. Que, dans les maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, hémorrhagipares comme le scorbut, intoxications aiguës par l'hydrogène arsénié, l'acide sulfhydrique, le phosphore, on voie se produire une fonte rapide des globules rouges, cela n'a rien de très surprenant; car on peut expérimentalement réaliser ces conditions pathologiques en introduisant dans la circulation des agents capables de détruire les hématies (injections d'acides biliaires, glycérine, inspirations d'hydrogène arsénié, etc).

Mais, au contraire, on n'a pas réussi à déterminer expérimentalement l'hémoglobinhémie, ni l'hémoglobinurie chez les animaux en les soumettant à l'action du froid. On est donc gêné pour accepter l'ingénieuse théorie de Murri ainsi résumée : action du froid sur les centres réflexes vasomoteurs; d'où stase dans le foie et les reins; d'où cyanose et accumulation dans l'économie d'acide carbonique qui détruit les globules rouges.

Fort bien : mais puisque le froid ne suffit pas pour amener ce réflexe? Il y a encore un facteur inconnu qui nous échappe.

M. Lépine a eu soin de mettre en lumière que toutes les hémoglobinuries paroxystiques ne reconnaissent pas le froid pour cause; il a rapporté l'histoire d'un malade qui avait ses accès à minuit, alors qu'il était au lit depuis plusieurs heures et sans avoir éprouvé, le jour, l'impression du froid. C'est pour ces cas-là qu'il a admis une théorie basée sur des expériences personnelles, d'après laquelle la séparation de l'hémoglobine se ferait non pas dans le sang lui-même, mais dans les voies d'excrétion urinaire. Il a montré que l'urine étendue de deux fois son volume d'eau dis-

(1) Revue Mensuelle de Médecine 1880.
(2) Gazette hebdom. 1881.
(3) Société médic. des hôpitaux, décembre 1881.
(4) Deutsch med. Wochens.

sout rapidement les globules rouges. Donc, si quelques hématies pénètrent, par diapédèse ou par rupture de quelques capillaires des glomérules, dans la capsule de Bowmann, ou les tubes contournés, le liquide urinaire y étant très dilué, elles s'y dissoudront ; mais alors on devrait trouver au moins les squelettes plus ou moins déformés des globules dans l'urine excrétée ? Or, nous savons qu'il n'en est rien.

La même objection s'adresse à l'hypothèse que les globules rouges pouvaient être détruits dans le rein ou la vessie sous l'influence d'un excès d'oxalates. D'ailleurs l'oxalurie n'a pas été constatée dans le cas récent de M. du Cazal.

L'opinion émise par M. Dreyfus-Brisac que l'hémoglobinurie était un processus identique, à l'intensité près, à celui de l'ictère hémaphéique de son maître Gubler, est également combattue par M. du Cazal. « S'il en était ainsi, dit-il, nous verrions à un moment quelconque de la crise, l'hémaphéine apparaître dans l'urine à côté de l'hémoglobine. Qu'au début l'hémoglobine passe dans l'urine trop vite pour avoir le temps de subir la transformation, soit! mais au bout de deux heures, quand la proportion d'hémoglobine diminue dans l'urine, elle a vraisemblablement, avant d'être éliminé, séjourné un certain temps dans la circulation générale ; elle a dû traverser le foie bien souvent, et pourtant elle passe toujours à l'état d'hémoglobine, sans qu'à côté de ce corps, nous trouvions jamais la moindre trace d'hémophéine. Ce sont donc bien deux processus absolument différents (1). »

En résumé, et toute explication théorique mise à part, il paraît incontestable qu'on doit faire une place nosologique pour une entité morbide nouvelle parfaitement définie cliniquement, et dont la dénomination hémoglobinurie paroxystique à frigore, condense très heureusement tout ce que nous savons de précis sur sa nature, sa marche, sa cause et même son traitement. Puissions-nous, par cette brève analyse de travaux déjà nombreux et trop éparpillés, avoir mis nos lecteurs à même de suivre sans peine les nouvelles publications qui ne tarderont sans doute guère à éclore sur le même sujet : nous aurons été ainsi fidèle à notre rôle, qui est « *d'extraire de tout la substantifique moëlle,* » comme disait notre grand confrère Rabelais. Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DIXIÈME LETTRE (2)

CHAPITRE IV

LIBERTÉ POUR LE MALADE DE CHOISIR SON MÉDECIN ; RÉMUNÉRATION PAR VISITE ET CONSULTATION (SYSTÈME LANDAIS).

Les modes d'organisation de l'Assistance publique examinés jusqu'ici, ont le tort grave de ne respecter ni la volonté du malade ni celle du médecin. L'expérience a démontré que là était la principale cause de leur insuccès, et c'est dans une autre voie, avec d'autres moyens que l'on doit chercher la solution du problème de l'assistance.

Nous croyons pour notre part qu'il faut admettre sans hésitation, la liberté réciproque du malade et du médecin, et la rémunération des soins médicaux au prorata des visites et consultations. Sans doute ce système de liberté réciproque, peut présenter et présente même quelques inconvénients, quelques difficultés pratiques dont nous aurons à parler, mais du moins il assure à l'institution une viabilité qui ne saurait être niée, et c'est ce nous semble un puissant argument pour le faire adopter.

Dans les départements — trop nombreux — où il n'y a pas d'organisation du service de la médecine gratuite, les pauvres ne manquent pas pour cela des soins médicaux qui leur sont nécessaires *parce qu'ils s'adressent au médecin de leur choix* ; et l'on a pu dire sous une forme paradoxale, que la meilleure organisation de l'assistance serait de n'en avoir aucune. Il est si commode de faire supporter au médecin tout le poids de l'assistance !

Nous n'en estimons pas moins qu'il faille créer une sérieuse organisation. C'est ce que demandait le Congrès médical de 1845. « La commission, « disait le rapporteur Requin, préoccupée d'améliorer le sort des malades pauvres, de faire mieux « que ce qui existe aujourd'hui, en assurant surtout aux pauvres les soins médicamenteux ou « autres *sans lesquels la visite du médecin est* « *stérile* ; préoccupée aussi de demander à l'autorité une certaine rémunération *dont les mé-* « *decins n'ont sans doute pas besoin pour* « *courir au secours du pauvre, mais qui est* « *juste et équitable*, a voté à l'unanimité, l'amendement qu'elle soumet à l'approbation du Congrès :

« 1. Les moyens d'assurer aux pauvres des « Communes rurales les secours de la médec ne « sont faciles à trouver.

« 2. Le pauvre, tout aussi bien que le riche, « pourra réclamer l'un quelconque des médecins « établis dans le voisinage et en qui il aura mis « librement sa confiance.

« 3. Tout médecin, sur cet appel du pauvre, sera « en droit de formuler une prescription de médicaments et même de secours alimentaires ou « autres, prescription qui sera reçue dans les dispensaires établis à cet effet, soit par canton, « soit pour une certaine agglomération de communes.

« 4. Les dispensaires cantonaux ne pourront « délivrer de médicaments ou autres secours « qu'aux pauvres qui présenteront une formule « dûment signée par un médecin exerçant à titre « légal, et qui se trouveront inscrits sur une « liste dressée d'avance par les conseils municipaux et déposée dans ces dispensaires.

« 5. Les remèdes seront achetés aux frais des « communes, et la loi mettra ce crédit au nombre « des dépenses ordinaires obligatoires. La com-

(1) Union médic. 1882.

(2) Voir les nos. 19, 22, 27, 28, 32, 33, 42, 47, 49, 50, de 1884 et les numéros 2, 3 et 4 de 1882.

« mune pourra être imposée d'office en cas de « refus.

« 6. Les médecins, qui auront donné leurs soins « aux pauvres seront rétribués sur un fonds « commun également obligatoire pour les com- « munes. Ils seront rétribués an prorata des ser- « vices qu'ils auront rendus.

« 7. Les malades de la campagne qui auront « une maladie impossible à traiter à domicile se- « ront adressés à un hôpital du département ; et là « traités aux frais du budget départemental. »

En 1866, le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, institua une commission chargée d'étudier théoriquement et pratiquement la question de l'assistance médicale des indigents dans les campagnes. Les 95 sociétés locales furent appelées à fournir des documents et 50 répondirent au questionnaire qui leur avait été adressé. Le Dr Barrier, rapporteur de la Commission (avril 1868), demandait dans ses conclusions adoptées à l'unanimité: 1. l'admission du médecin à la formation des listes d'indigents ; 2. l'obligation pour les communes de voter une somme de 1 f. à 1 f.50 par indigent inscrit, de manière à constituer par indigent malade une somme de 5 à 6 francs destinés à solder les dépenses du service (médecins, sages-femmes, pharmaciens) ; 3. la rétribution des honoraires des médecins et sages-femmes, au prorata de leurs visites et opérations, en tenant compte des distances et suivant application d'un tarif fixé d'avance et avec réduction sur les prix ordinaires ; 4. le paiement des médicaments fournis par le pharmacien, choisi par le malade d'après un tarif réduit et consenti à l'avance; 5. l'adoption du *système de la liberté au tarif fixe*, tel qu'il fonctionnait dans les Landes depuis le 17 octobre 1856, comme étant le plus favorable aux intérêts généraux et particuliers, matériels et moraux, soit du médecin, soit du malade. Il y avait eu 33 sociétés locales sur 50 qui s'étaient prononcées nettement en faveur de ce système et peut-être les 6 ou 7 qui l'avaient rejeté, n'en connaissaient-elles pas les résultats heureux.

C'est l'organisation que le Dr Barrier jugeait la meilleure que nous voulons préconiser à notre tour, en y apportant toutefois quelques modifications.

Sous cette dénomination : *système de la liberté réciproque du malade et du médecin*, il faut entendre une organisation dans laquelle le malade peut faire choix de son médecin, et le médecin, rémunéré par un tarif réduit, au prorota de ses visites, donner ou refuser ses soins. On la désigne aussi sous le nom de système Landais, qui indique le département où elle a été instituée pour la première fois, bien qu'elle existe dans plusieurs autres départements où elle a été appliquée par voie administrative.

« Ainsi tout médecin, toute sage-femme, tout « pharmacien peut concourir à l'assistance des « indigents, pourvu qu'il se conforme, dans ses « prix, à un tarif convenu, ou même au plus bas « prix de sa clientèle ordinaire. Le tarif variera « suivant les localités ; en sorte que les pays ri- « ches paieront un peu plus que les pays pauvres; « on évalue en général la visite à 1 fr. ou 1 fr. 25; « on arrive, sur cette base, à une dépense moyenne « de 12 fr. par indigent, tout secours compris.

« La dépense se solde sur le vu des feuilles de « visite et des ordonnances, par une caisse cen- « trale, avec les fonds proportionnels des com- « munes et du département.

« Le système de la liberté du malade dans le « choix de son médecin est organisé dans plu- « sieurs départements par circonscriptions médi- « cales.

« On détermine alors la région dans laquelle « chaque médecin agit. La circonscription prend « ordinairement son centre au domicile même du « médecin. Les bureaux de bienfaisance ou, à leur « défaut, les communes comprises dans ce péri- « mètre établissent une liste de gratuité; les in- « digents inscrits recoivent des bons de visite, « toutes les fois qu'une maladie se déclare dans « la famille assistée ; on leur remet aussi un li- « vret sur lequel s'inscrivent les visites. Dans les « limites de la circonscription, le malade indigent « peut appeler tout médecin résidant qui a accepté « les statuts du service médical d'assistance. Le « médecin appelé note ses visites sur le livret, ce « qui lui permet de réclamer ultérieurement le « prix de ses soins d'après le tarif déterminé.

« La qualité de médecin de la circonscription « ne constitue cependant pas pour le titulaire un « droit, un monopole ; tout autre que lui peut être « appelé, mais à la condition qu'il viendra aux « conditions du tarif de la circonscription ; de « telle sorte que le budget de la caisse centrale « n'en soit pas plus lourdement grevé. » (Tallon, p. 32, 33.)

On peut adresser à cette institution bien des critiques, comme nous le verrons tout à l'heure, mais on ne peut s'empêcher de reconnaitre qu'elle profite à l'indigent en lui permettant, dans les cas urgents, d'appeler le premier médecin trouvé disponible, et qu'elle ménage l'honorabilité professionnelle du médecin, tout en lui garantissant une plus équitable rémunération de ses services.

Le paiement des honoraires par visite sauvegarde l'inépendance du malade et celle du médecin.

Le malade, en effet, s'adresse à qui a sa confiance, et le médecin peut, sans préjudice, prétexter de son grand âge, de ses occupations, de son état de santé personnel, etc., etc,, pour refuser le service qu'on réclame de lui.

Objections.

On a prétendu que la liberté donnée au malade était contraire à la régularité et à la stabilité du service. Le désir de l'inconnu, l'espérance d'une guérison plus prompte, poussent le malade des campagnes à appeler le praticien des petites villes, celui des petites villes à appeler le médecin des grands centres, et l'on constate souvent qu'il y a plusieurs médecins pour un seul malade. Ainsi les

frais de la maladie augmentent et le malade n'en est que plus mal soigné. Qui de nous n'a déploré un tel état de choses, qui n'a connu des malheureux qui, voulant suivre à la fois les prescriptions de deux confrères, ont cruellement expié leur imprudence !

Le crédit du médecin, l'intérêt du malade pourront souffrir de la liberté accordée à l'indigent, mais considérons que la confiance dans le médecin ne s'impose pas, qu'il est par conséquent juste que le malade puisse l'accorder à qui lui en paraît digne, et qu'elle est non moins indispensable à l'indigent qu'au médecin lui-même. Donnons donc au malade le droit d'appeler tout médecin qui acceptera de fixer ses honoraires d'après le tarif préalablement adopté, et établi pour un rayon déterminé. Le médecin, dont le domicile est très éloigné ne peut compter que sur une rémunération maxima fixée d'avance, et dès lors le bugdet du service n'est en rien grévé. Nous limitons ainsi, il est vrai, la liberté de l'indigent, mais nous le plaçons dans les conditions ordinaires des autres malades, et lui assurer un médecin est un trop grand bienfait pour qu'il se plaigne légitimement de la restriction que nous avons formulée. L'indigent ne saurait pétendre à faire venir de loin un médecin renommé, à absorber à son seul profit, souvent par pur caprice, les ressources dont il n'a qu'une part. Il ne peut exiger que l'on fasse plus pour lui que ne le font pour eux-mêmes la grande majorité des malades auxquels une belle aisance même ne permet pas de réclamer les soins de médecins éloignés. Il va sans dire que le budget de l'assurance ne saurait servir à défrayer les charlatans et les sorciers auxquels une crédulité naïve fait avoir recours.

L'indigent ne pourra pas abuser des ressources de la commune pour se créer, en cas de maladie, une situation plus favorable que celle des gens aisés, mais qui, ayant la volonté de payer leur médecin, ne l'appellent que lorsque sa présence est nécessaire. Nous avons déjà eu l'occasion de dire que cette formalité ne remplissait pas le but proposé. Le maire ne saurait être bon juge de l'opportunité d'une visite médicale, impossible à déterminer sans des connaissances spéciales, et puis, comment exiger de lui qu'il se dérange pour constater l'état d'un malade éloigné quand il négligera de le faire pour un voisin ? — C'est la liberté accordée au médecin de refuser ses soins qui servira de contre-poids aux exigences du malade et lui permettra de remercier ceux qui lui auraient manqué d'égards. Le médecin, en conscience, reste juge des visites qu'il doit faire, et le service est aussi régulier qu'on peut le désirer.

Ceux qui n'accordent pas au malade le droit de choisir son médecin ne manquent pas d'objecter que, dans les hôpitaux et dans les bureaux de bienfaisance, le malade est obligé de se soumettre au traitement du médecin de l'administration. Nous avons déjà exprimé notre opinion à ce sujet (*V. Concours*, *n*° 27, *p*. 374, 1881.) Nous répétons qu'il n'est pas possible qu'une administration, soucieuse des intérêts qui lui sont confiés, donne au premier médecin venu, inconnu d'elle peut-être, le libre accès de ses salles d'hôpital. C'est le concours seul qui doit lui procurer le moyen de recruter le personnel médical qui lui est nécessaire.

Dans les grandes villes, dans la plupart du moins, les médecins des hôpitaux n'arrivent que par la voie du concours à être les chefs d'un service ; et si les pauvres ne peuvent pas choisir leur médecin, ils sont sûrs du moins qu'on les a, au grand jour, choisis pour eux parmi les plus capables. Qu'ils soient, par conséquent, sans inquiétude quand la nécessité les contraint d'aller à l'hôpital, et qu'ils ne craignent pas d'aliéner, en échange des garanties qu'on leur donne, quelque peu de leur liberté.

Nous pouvons faire remarquer encore ici que les malades payants qui entrent à l'hôpital pour y trouver des soins spéciaux ou pour y subir des opérations, toujours très onéreuses à domicile, se considèrent heureux de pouvoir, à peu de frais, suivre le traitement de médecins ou de chirurgiens justement renommés. L'indigent qui reçoit gratuitement les mêmes soins, de la part des mêmes praticiens, se trouve ainsi aussi favorisé que ses concitoyens plus aisés.

Mais les épreuves du concours ne peuvent que difficilement être exigées des médecins qui désirent un service dans les hôpitaux des petites localités, et c'est souvent à la faveur que sont données les places vacantes. Nous le regrettons et rechercherons, dans le chapitre suivant de notre travail, les moyens pratiques d'assurer l'entrée de l'hôpital au plus digne.

On a exprimé la crainte que le médecin, libre de ses services, ne refuse au malade indigent les soins qu'on réclame de lui, et que le malade reste sans secours. Cet abandon ne saurait être que très rare, et, de plus, le malade a la ressource de frapper à une porte plus hospitalière.

Boerhaave disait : « Mes meilleurs clients sont « pauvres ; Dieu paie pour eux; » et Requin, dans son rapport au Congrès de 1845, développait cette pensée en ces termes : « Partout où il y aura des « médecins, les médecins ne manqueront pas à « l'appel du malade pauvre ; la raison d'humanité « n'existât-elle pas, il en est une autre non moins « puissante : Un médecin qui, dans les campagnes, « ne visiterait pas les pauvres, serait mal vu, « mésestimé, discrédité; c'est en voyant les pauvres « que les jeunes médecins fondent leur réputation « et parviennent à conquérir la confiance des per- « sonnes aisées et riches. »

Nous ne voudrions pas contredire à ces paroles. La raison d'humanité peut être invoquée sans doute, mais il faudrait aussi ne pas abuser des mots et s'habituer à considérer que l'exercice de notre profession constitue le plus souvent notre gagne-pain. Nos peines et nos soins doivent être rémunérés, et la société ne saurait exiger de nous plus que de ses autres membres.

« Une même loi morale règle les rapports « du médecin avec son malade, pauvre ou riche ; « et cela est si vrai, que toutes les communes se

« montreraient satisfaites de livrer le soin des « indigents à la charité des médecins. Nous avons « vu que certains administrateurs n'auraient pas « été éloignés d'en faire autant. *Cela prouve « leur certitude de ne pas trouver le dévoue- « ment du corps médical en défaut.* Dans le « système de la liberté réciproque, on n'a donc « pas à craindre que les pauvres manquent de « soins, ni qu'ils récriminent, puisqu'on ne leur « impose personne. » (Cité par Tallon, p. 31).

Oui, qu'on fasse appel au dévouement du médecin et qu'on y compte, mais aussi qu'on veuille bien se souvenir que le médecin est un citoyen, n'ayant que les mêmes droits et que les mêmes devoirs que les autres.

Faut-il craindre que le médecin donne à l'indigent des soins moins attentifs que s'il avait une mission officielle? Nous ne voulons pas, par respect pour nos confrères, répondre à cette objection. C'est un devoir de conscience de répondre à la confiance du malade par tout le zèle et tout le dévouement dont nous sommes capables.

Le système Landais, a-t-on dit aussi, ne peut présenter d'avantages sérieux que dans les contrées abondamment pourvues de médecins. Dans les autres il est et demeurera impraticable, tandis que l'institution de médecins officiels, créant une clientèle assurée, amènerait dans les campagnes deshéritées un certain nombre de médecins, et cela pour le plus grand bien de tous.

Nous avons assez longuement raconté les déboires et les difficultés qu'éprouve le médecin cantonal pour espérer que l'organisation, rejetée par nous, puisse efficacement combattre le trop plein médical des villes.

Pour attirer dans les campagnes les médecins peu fortunés qui ont besoin de se créer immédiatement une clientèle, il faut leur assurer une rétribution équitable de leurs soins, sans leur imposer le sacrifice de leur liberté, leur seule richesse. Du reste, il faut le reconnaître, il n'y a pas d'organisation possible, avec n'importe quel système, si l'on n'est assuré du concours du médecin.

Il est évident qu'avec le système Landais, — et on le lui a reproché, — il est impossible de fixer à l'avance la dépense annuelle pour soins médicaux. Sauf cependant pour les années où sévit une épidémie, ils est possible d'établir une moyenne générale des dépenses et de créer les ressources nécessitées par le service. Si une année se solde en déficit, il est probable que pendant les années suivantes on trouvera des excédents compensateurs. Faisons remarquer aussi que, même dans les années ordinaires, et quelle que soit l'organisation adoptée, la dépense en médicaments ne peut être évaluée d'avance. On ne saurait donc sérieusement invoquer cet aléa inévitable contre un système qui répond mieux que tout autre aux besoins et aux aspirations légitimes du malade et du médecin.

(*A suivre.*) Dr MIGNEN (de Montaigu).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ LOCALE DE LA CHARENTE.
PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BESSETE.

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour amène une proposition de M. Lavigne pour la création d'un syndicat. A ce propos, j'ai reçu de notre cher collègue, M. H. Roger, le président de l'Association générale, une lettre par laquelle il m'informe que les Sociétés de secours mutuels ne peuvent légalement se changer en syndicats. — Nous ne pouvons donc pas traiter cette question dans notre réunion, mais nous pourrons nous réunir après la clôture de cette séance.

Après la séance, on a parlé de la création d'un syndicat.

Sur plusieurs points des départements, des syndicats ont été organisés; tout le monde est d'avis d'examiner sérieusement cette grave question; une commission a été nommée pour préparer un rapport sur cette question; elle se compose de MM. Lavigne et Maintenon (Angoulême); — Malteste (Ruffec); — Loche (Cognac); — Blanchier (Confolens); Gaillardon (Barbézieux).

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que, dans sa séance du 12 février 1882, la Société protectrice de l'Enfance de Paris, a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le Dr A. Legendre (de Saint-Léger-sur-Beuvron), membre du *Concours médical.*

La question mise au concours était :

De l'Industrie nourricière. — De son influence sur les nourrissons et sur les populations qui se livrent à cette industrie.

NECROLOGIE.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de deux membres du *Cnocours médical*, M. Marius *Yvan* (Var), et Adolphe *Breton* décédé à Paris.

Notre regretté confrère et ami, M. *le Dr Breton*, après avoir exercé longues années la médecine à *Bregy* (*Oise*), s'était déterminé à aller demander le retour de sa santé aux eaux du *Mont-Dore*. Mais la cruelle maladie, dont il avait contracté les germes pendant les années de son dur labeur, n'a pas pardonné. Il s'est éteint à l'âge de 38 ans, enlevé prématurément à l'affection des siens et de ses nombreux amis.

MARIAGE.

Nous faisons part à nos lecteurs du mariage de M. le Docteur *Journal*, de *Laon* (*Aisne*), membre du *Concours-médical*, avec Madame Ve Cailleret, née Thillois, de Laon.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

4 Mars 1882 — 4me Année. — N° 9

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Tarnier* présente une pièce d'anatomie pathologique, moins intéressante, dit-il, par elle-même que par les conditions cliniques au milieu desquelles elle a été recueillie.

Le 19 février, une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal, et, un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve. Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent ce placenta au dehors. Quand la sage-femme qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistait aux tractions douces faites sur elles. Dans ces cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force et d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil, comme on le ferait sur le cordon ombilical. Ce fil, dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes. L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ces préceptes. Mais bientôt une hémorrhagie survint, et, au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé. On voit sur la pièce présentée le placenta principal dont le poids est de 410 grammes, et un placenta accessoire du poids de 140 grammes. Entre les deux placentas il existe un pont membraneux ; le pont membraneux aurait pu se rompre, et le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit aurait pu croire que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le placentas accessoire. On peut donc supposer que des faits analogues pourraient se produire, et, quand une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotylédon placentaire, il faut se rappeler ces faits et ne pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence.

Mais ne serait-il pas possible de reconnaître l'existence de ces placenta accessoires? Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux adhérant à l'utérus, qui retient une partie des membranes de l'œuf. M. Tarnier attribue cette rétention des membranes à trois causes principales : 1° L'adhérence anormale des membranes, qui, de toutes les causes, est la plus fréquente; 2° L'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté; 3° L'existence d'un placenta accessoire.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences anormales ou de caillots entortillés dans les membranes, le pont membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseau. Au contraire, quand il s'git d'un placenta accessoire, on trouve dans ce pont membraneux des rameaux qui retiennent le placenta principal au placenta accessoire. Avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent par la vulve, on peut donc diagnostiquer un placenta accessoire, quand les membranes qui pen-

dent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sanguins.

M. *Blot* ne partage pas l'opinion de M. Tarnier sur la très grande fréquence de l'adhérence des membranes à la cavité utérine. Pour lui, le plus souvent, l'adhérence apparente est réellement une rétention due à une contraction du col.

M. le Dr *Ball*, donne lecture d'une communication intitulée : *Considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une otite moyenne avec perforation du tympan*. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, atteint depuis plusieurs années d'une otite moyenne avec écoulement purulent, et perforation du tympan. Ce jeune homme a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, et, depuis cette époque, l'intelligence a beaucoup baissée; cependant le jugement est resté intact. L'otorrhée à partir de ce moment a beaucoup augmenté. La surdité est devenue complète du côté gauche, et, depuis ce moment, le malade entend des bourdonnements et des bruits musicaux, puis des chants dont il ne distingue pas les paroles, puis enfin des *voix* qui lui adressent des injures. Il se rend parfaitement compte de la nature de ces hallucinations, qui sont, dit-il, le résultat de sa maladie d'oreilles. Il ne présente *absolument aucune* conception délirante. Les hallucinations se produisent toujours à gauche. Soumis à un traitement approprié, il a vu diminuer la fréquence de ses hallucinations, bien que la surdité ait persisté.

Ce fait démontre péremptoirement l'influence des lésions matérielles des organes des sens sur la production des hallucinations; il tire un intérêt particulier du sens affecté. Les preuves physiques de l'intervention des sens dans le mécanisme de l'hallucination ont été tirées jusqu'ici des organes de la vue. Il s'agit ici d'hallucinations portant sur l'ouïe, le plus intellectuel de tous les sens, et celui dont les perturbations jouent le plus grand rôle en aliénation mentale. M. Ball développe ensuite les considérations théoriques qui découlent de ce fait clinique.

« A l'état normal, dit M. Ball en terminant, les organes des sens sont des serviteurs dociles chargés d'apprêter le festin de l'intelligence; à l'état pathologique, ce sont des convives importuns qui viennent s'asseoir à ses côtés et réclamer énergiquement leur part. »

M. *Chatin* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le Dr Decaisne relatif à la *prohibition des viandes américaines*. C'est au commencement de l'année 1881 que la présence de la trichine fut signalée dans les viandes américaines débitées sur plusieurs points de notre territoire : dès le 18 février de la même année, un décret interdit l'introduction de ces viandes en France. Cependant, pour venir en aide aux transactions engagées, une mesure toute gracieuse autorisa l'entrée des marchandises en cours d'embarquement à l'époque de la promulgation du décret, et sous la réserve d'une expertise micrographique préalable. Le port du Havre recevant plus des trois quarts de la quantité des viandes importées fut choisi comme centre de ces opérations d'examen.

Aujourd'hui le commerce entend échapper à tout contrôle efficace et il appuie ses prétentions sur les trois arguments suivants : 1° que les salaisons américaines du porc constituent un aliment de la plus haute importance que rien ne saurait remplacer; 2° que la salaison et la saumure tuent la trichine; 3° que l'expertise micrographique est impraticable, car elle exigerait une armée de 20,000 experts. Sur le premier point, M. Chatin répond qu'il vaut mieux diminuer temporairement le bien-être des classes peu aisées de la société que de courir le risque de compromettre leur vie. Sur le second, il rappelle qu'il a été prouvé que ni la salaison ni la saumure ne tuaient les trichines qui ne meurent que « dans les cuisines » sous l'influence prolongée d'une haute température. Quant aux difficultés matérielles auxquelles on a fait allusion, M. Chatin affirme qu'il suffit de 100 inspecteurs micrographes pour exercer le seul contrôle qui puisse être à la fois utile et sûr.

Ce qui, suivant *M. Proust*, a été la sauvegarde de la France contre l'invasion de la trichinose, c'est l'habitude que nous avons de ne manger la viande de porc qu'après une cuisson préalable suffisante. Ces habitudes culinaires, dont la tradition doit être recommandée et encouragée, valent mieux que les armées de micrographes que M. Chatin voudrait enrôler dans sa campagne contre les trichines américaines.

M. Bouley se demande si en effet une pareille institution est vraiment nécessaire : utile, oui, dit-il, mais nécessaire, non. Suivant lui, l'examen microscopique, quand on y réfléchit, n'offre pas, au point de vue de la garantie de préservation, l'importance que l'on serait tenté de lui attribuer au premier abord, vu le grand nombre d'échantillons à examiner ; il est certain que bien des viandes suspectes échapperaient à l'inspection microscopique. Si l'on met en présence ces deux faits : à savoir, d'une part, que la France, malgré

la libre importation des viandes américaines, n'a pas subi l'invasion de la trichinose ; d'autre part que la démonstration n'est pas faite de la nécessité du système d'inspection microscopique proposé, il n'y a pas lieu, suivant M. Bouley, de donner suite à un pareil projet.

M. Leblanc fait observer que les viandes américaines prohibées, au lieu d'entrer en France par les ports français, y pénètrent par le nord. Beaucoup débarquent d'abord en Angleterre où elles subissent diverses transformations ; puis, de là, se répandent en France sous le nom de jambon d'York. D'autres nous arrivent par la Belgique. Quant à l'inspection microscopique, elle est nécessairement insuffisante, car si elle devrait être appliquée à toutes les viandes de porc qui pénètrent en France, plusieurs milliers de micrographes ne suffiraient pas à une pareille besogne.

M. Bouley annonce que des expériences ont été faites par un chimiste de Marseille, relativement à un procédé de destruction des trichines par de basses températures. Des viandes trichinées ont été portées à la température de — 35° à — 40°. A cette température, les trichines ne peuvent pas résister. Relativement à la qualité de la viande trichinée, mais débarrassée de ses trichines par la cuisson, M. Bouley dit qu'il est porté à croire que cette viande ne diffère pas sensiblement de la viande non trichinée, au point de vue de la salubrité.

M. Jules Guérin fait observer qu'il y a ici une question de forme dont on n'a pas l'air de se préoccuper. Le Ministre du commerce a demandé à l'Académie son opinion sur un travail qui a été lu devant elle par M. Decaisne : il faudrait donc que la Commission proposât à l'Académie des conclusions qu'elle pourrait discuter et voter, et dont le libellé serait adressé au ministre.

Le rapport est donc renvoyé à la Commission qui devra donner, dans le plus bref délai, des conclusions sur lesquelles l'Académie puisse émettre un vote qui soit une réponse formelle au ministre.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'étranglement herniaire.

S'il est vrai que l'on connaît, et cela depuis longtemps, les signes et la marche de cette terrible complication des hernies, peut-être n'y a-t-il pas eu d'époque où on ait essayé de mieux spécifier les indications de son traitement. Les observations nombreuses, les travaux consciencieux qui ont paru sur ce sujet, depuis une vingtaine d'années, ont produit un résultat bien appréciable. Le praticien, en présence d'une hernie étranglée, ne tarde plus comme autrefois ; il n'attend plus patiemment que la gravité des symptômes ait augmenté et que l'état soit presque désespéré, pour tenter une opération, qui, dans de telles conditions, doit fatalement être suivie d'insuccès. Aujourd'hui, la pratique recommandée peut être résumée en quelques axiômes que nous voulons placer en tête de ce travail.

1° *Un chirurgien, appelé dans un cas de hernie étranglée, ne doit quitter le malade que quand la hernie est réintégrée dans l'abdomen par le taxis ou la kélotomie.*

2° *Dans tous les cas, le taxis doit être modéré, peu prolongé, et la kélotomie pratiquée le plus tôt possible.*

Quand une hernie étranglée est constatée, le chirurgien doit donc agir et agir au plus vite. Mais la préoccupation opératoire ne doit pas lui faire négliger l'examen approfondi de l'état général de son malade ; car, là aussi, il trouvera des indications de la plus haute valeur qu'il devra remplir, s'il veut que son opération réunisse le plus de chances de succès possible. Ainsi, du moins, *il lui* sera permis de porter avec quelque certitude un pronostic plus ou moins favorable, fait très important pour l'entourage. C'est pour mettre en lumière ces quelques points de pratique chirurgicale que nous voulons aujourd'hui insister sur le le diagnostic, le pronostic et les formes cliniques de l'étranglement herniaire.

Dans une seconde partie, nous passerons en revue plus spécialement les indications opératoires et les modifications qu'on a apportées à la kélotomie dans ces dernières années.

§ 1° *Diagnostic de la hernie étranglée.*

Inutile de rappeler ici les symptômes classiques de l'incarcération. A part quelques-uns qui se trouvent dans les caractères même de la tumeur herniaire, on peut dire que tous ceux qui ont trait à l'état général sont extrêmement variables ; aussi est-il important de reconnaître plusieurs variétés cliniques de l'étranglement. Ce fait intéresse le diagnostic, et il est des plus importants pour asseoir le pronostic et guider dans le choix de l'intervention. M. le professeur Duplay (1) dans son *traité de pathologie externe*, M. Le Dentu (2) dans son remarquable article du *dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques* insistent sur ces points mieux connus maintenant que jadis. On est appelé près d'un malade portant une tu-

(1) Follin et Duplay. — T : VI p : 1.

(2) Le Dentu. — Dict. de Méd. et de Chir. pratiques art. Hernies abdominales. T : XVII p. : 513

meur herniaire et se plaignant de vomissements, de douleurs abdominales, de constipation. Il faut être prévenu qu'il peut bien ne pas avoir de hernie étranglée; aussi la première chose à faire est d'examiner la hernie; si elle se réduit facilement, il est évident qu'il n'y a pas d'étranglement: on est plutôt en présence d'une *occlusion intestinale*. Mais avant d'accepter ce diagnostic, il faut encore avoir bien soin, surtout chez les personnes chargées d'embompoint, d'examiner tous les orifices herniaires autres que celui où siège la hernie réductible, sans oublier même la hernie de J. L. Petit.

La péritonite pourra parfois, surtout chez les femmes, présenter des phénomènes d'étranglement: aussi devra-t-on vérifier s'il y a quelque cause admissible de cette affection.

Le malade avec ses symptômes d'étranglement présente dans une région herniaire quelconque une tumeur *irréductible* et *douloureuse*. Là, encore, défions-nous, car il existe des cas, rares il est vrai, où on a pris pour une hernie étranglée des tumeurs qui n'en avaient que l'aspect. Il est très important alors d'interroger le malade pour savoir s'il avait habituellement en ce point, ou s'il a toujours eu une tuméfaction appréciable; si cette tuméfaction était fixe ou mobile, c'est-à-dire si on pouvait la faire rentrer, ou non, dans l'abdomen. Si la tumeur est apparue tout-à-coup, depuis quelques heures, sans s'être jamais montrée auparavant, si elle descend dans le scrotum, c'est à coup sûr, une *hernie étranglée d'emblée*.

A l'anneau crural, il faut se souvenir qu'on a vu parfois une *adénite profonde* du canal crural donner lieu à des signes d'étranglement; il faut alors vérifier s'il y a quelque cause d'adénite et s'appuyer surtout sur les caractères de la tumeur herniaire, qui est régulière ou bosselée, mais nette, tandis que l'adénite s'accompagne toujours d'un empâtement phlegmoneux périganglionnaire, d'une plaie ou d'éraillures aux téguments correspondants.

D'autres fois, le malade affirme qu'il a toujours eu une tuméfaction fixe ne se réduisant pas: voyez alors si les deux testicules sont descendus, car on a vu une *orchite* atteindre un testicule resté dans le trajet inginal, et donner lieu à des sympômes graves et trompeurs.

L'inflammation d'un *kyste du cordon* a pu aussi parfois causer quelques hésitations, mais ces tumeurs ne se continuent pas vers la cavité abdominale, ne présentent point de douleur au niveau de leur partie supérieure; au collet, elles sont fluctuantes et mates à la percussion.

Le patient, au contraire, raconte nettement qu'il portait depuis longtemps une tumeur qu'il faisait rentrer dans l'abdomen et qu'il contenait ou non au moyen d'un bandage, mais il n'a pu, depuis quelques heures, la réduire; ou bien encore il avait une hernie qui, après s'être réduite très longtemps, était devenue irréductible, sans qu'il en souffrit davantage, lorsque, tout-à-coup une augmentation de volume est survenue, accompagnée de phénomènes graves. Si, à ce récit, joignant l'examen attentif du malade, vous constatez une tumeur dure, tendue, douloureuse surtout au point qui correspond au collet, deux hypothèses peuvent être faites:

1° Si la hernie habituellement réductible ou contenue est sortie brusquement et n'a pu rentrer, il y a *étranglement*.

2° Si la hernie, irréductiblo depuis longtemps, a subitement augmenté de volume, est douloureuse, elle peut être étranglée mais il n'est pas certain qu'elle le soit. Il faudrait ici établir le fameux dignostic sur lequel Malgaigne insistait tant autrefois, entre l'étranglement vrai et l'inflammation herniaire. Cette notion est-elle aussi utile que l'illustre chirurgien voulait le faire entendre? Nous sommes loin de nier la réalité de la péritonite herniaire; nous admettons que, dans certains cas, elle peut être consécutive à l'étranglement, tandis que, dans d'autres, l'étranglement pourra en être le résultat. Il y a là une question de tact chirurgical qu'il est bien difficile de résoudre. Généralement on se base sur les notions de volume et de contenu des hernies.

Et d'abord que contient la hernie? Trois cas peuvent se présenter. Ou bien elle contient de l'intestin seul, c'est une *enterocèle pure*; elle est alors régulière, tendue parfois, assez sonore; quelques fois aussi, comme on l'observe dans certains cas, si les parties qui la recouvrent sont minces, on sent les contractions de l'intestin sous le doigt.

D'autre fois, on a une masse herniaire présentant des points résistants, d'autres élastiques; dans les uns, la matité est très accusée; dans d'autres, il y a une sonorité évidente, le collet est douloureux, plus ou moins large et, parfois, on sent au-dessus, derrière la parroi abdominale, une corde tendue, dure, la corde épiploïque: la hernie a alors tous les caractères de *l'entéro-épiplocèle*.

Enfin on peut observer une tumeur dure, pâteuse, mate, comme maronnée, sans douleurs trè marquée, c'est *l'épiplocèle pure*.

Les deux premières variétés sont assez faciles à distinguer; mais la hernie épiploïque nécessite souvent un examen minutieux. Dans quelques cas, elle présente simplement des signes d'augmentation de volume, d'irréductibilité, avec douleur plus ou moins accusée, mais souvent aussi elle s'accompagne de signes d'occlusion, d'arrêt des matières, de douleurs violentes, de phénomènes graves. Il faut craindre alors qu'avec l'épiploon hernié il n'y ait une portion latérale d'intestin, ou même une petite anse intestinale, si la hernie est volumineuse; il faut conclure à un étranglement entéro-épiploïque. Notons toutefois que des hernies épiploïques pures ont pu donner lieu à des phénomènes graves, et nous verrons que, dans cette circonstance, quand bien même on n'est pas certain de la présence de l'intestin, il faut agir suivant les règles ordinaires.

Toutes ces hernies peuvent offrir un volume très variable et on les classe en *grosses*, *moyennes* et *petites*. — Cette distinction est très utile et permet de faire de saines déductions. On doit poser en principe qu'une *hernie est d'autant plus gravement étranglée qu'elle est plus petite*. Au

contraire une entérocèle volumineuse, anciennement irréductible, peut n'être qu'enflammée, ou, au moins, peut s'altérer moins vite, si elle est réellement étranglée. Si alors, l'élévation de la tumeur, les émollients, un très léger purgatif n'amènent pas la réduction, il faut conclure à l'étranglement : on doit admettre avec les auteurs modernes que, dans ces cas, le volume, la non-contention, l'irréductibilité ancienne ne constituent *qu'une présomption*, mais non une certitude en faveur de *l'engouement herniaire.* Il faut encore noter que l'on voit parfois une anse nouvelle venir s'adjoindre à une grosse hernie irréductible depuis longtemps et s'étrangler d'emblée.

Les entéro-épiplocèles et les épiplocèles volumineuses sont bien souvent la cause de graves erreurs. D'abord la matité de la tumeur n'implique pas l'absence d'intestin dans son contenu ; et quand il y a des signes abdominaux, de la constipation, des vomissements, il faut toujours redouter, derrière une épiplocèle volumineuse, l'étranglement d'une petite anse intestinale. Depuis longtemps, M. le professeur Gosselin a érigé en principe que les hernies entéro-épiploïques sont moins dangereuses que les autres; que l'épiploon est une sauvegarde pour l'intestin et que les altérations de celui-ci sont moins rapides. Sans nous élever contre ce principe, nous craignons que son application n'entraîne à une temporisation qui peut devenir funeste. En cas de doute, il faut agir comme si la hernie était intestinale. D'ailleurs l'épiploon est-il toujours une sauvegarde aussi sûre ?

L'étude d'un malade, que nous avons observé il y a quelques années, nous a laissé des doutes sur ce rôle protecteur : on nous permettra de relater rapidement son histoire.

X..., homme vigoureux, âgé de 36 ans, entra le 12 mars 1878, à l'hôpital Saint-Antoine, porteur d'une hernie inguinale droite volumineuse qui avait débuté plusieurs années auparavant et qui, habituellement réductible, n'avait pu rentrer depuis la veille au soir. La partie supérieure de la tumeur, qui avait le volume du poing, était moins mate que la partie inférieure qui offrait une consistance mollasse, pâteuse. On porta le diagnostic d'entéro-épiplocèle inguinale étranglée, on fit une tentative de taxis, sans chloroforme, qui resta infructueuse ; mais comme le pédicule était très gros, large de deux travers de doigt au moins, comme les phénomènes généraux étaient peu marqués et qu'il existait devant l'intestin une couche d'epiploon évidente, on n'insista pas et on prescrivit un purgatif léger et des applications de glace. Dans l'après-midi, l'état s'aggrava ; et durant la nuit, survinrent deux vomissements fécaloïdes; pas de selles ni de gaz par l'anus.

Le lendemain matin, on endormit le malade et, après dix minutes d'efforts, environ la moitié de la hernie se réduisit avec quelques gargouillements et on put constater qu'il ne restait dans le sac qu'une masse dure, mate, qui était évidemment l'épiploon. La réduction avait été obtenue trente-six heures après l'étranglement et il était permis d'espérer une heureuse terminaison. Dans la journée, en effet, le malade eut une selle abondante, les phénomènes généraux s'améliorèrent. Des cataplasmes furent appliqués sur la hernie épiploïque qui persistait.

Le lendemain soir le ventre devenait tout-à-coup tendu, douloureux, la fièvre apparaissait, la face se grippait et nous constations le début d'une péritonite. Le jour suivant, le chef de service, M. B. Anger, en présence de ces accidents nouveaux, pensant qu'il pouvait encore y avoir quelque portion d'intestin étranglée, peut-être sphacelée se décida à pratiquer la kélotomie. On trouva le sac enflammé, rempli par une masse d'épiploon commençant à suppurer; on put la décoller des parois du sac, la relever et chercher si, au-dessous d'elle, on trouverait une portion d'intestin, or, l'anneau très serré était rempli par le *pédicule épiploïque seul*, le doigt, insinué avec beaucoup de peine au-dessous, permit à un liquide brunâtre, d'odeur fécaloïde de sortir ; on se contenta alors de lier le pédicule épiploïque et de réséquer toute la partie herniée. Le malade succombait le lendemain aux progrès de sa péritonite. A l'autopsie, nous avons trouvé le grand épiploon épaissi, rempli par une sorte d'infiltration sanguine, d'apoplexie qui avait dû se faire dans les derniers temps. Sur une anse d'intestin de 10 centimètres de long, on découvrit deux petites perforations qui avaient livré passage aux matières et permis à la péritonite de se produire.

Nous fûmes frappé de ces faits qui nous parurent des plus instructifs . L'epiploon, même volumineux n'était donc pas toujours une sauvegarde, puisqu'il avait permis à anse herniée de s'altérer suffisamment en 36 heures pour se perforer après sa réduction : un autre fait ressortait encore de cette observation, la possibilité du sphacèle et de la suppuration d'une masse épiploïque étranglée.

Si donc nous voulons encore admettre que les hernies entéro-épiploïques donnent moins d'accidents, nous conserverons toujours une prudente réserve, en cas de doute, il faudra agir comme si la hernie était franchement intestinale c'est-à-dire agir *vite et complètement.*

Il est des petites hernies épiploïques qui augmentent tout-à-coup de volume, deviennent douloureuses, dures, irréductibles, quelquefois s'accompagnent de vomissements. Il est alors très difficile de faire un diagnostic exact. Il n'y a pas arrêt des matières dira-t-on ? Cela est vrai, mais quelquefois aussi on peut l'observer. Que faire ? Le purgatif d'exploration est permis une seule fois, habituellement il suffit à lever tous les doutes. De plus, il faut observer que dans ces petites hernies épiploïques, la douleur, très vive au début, va en diminuant petit à petit.

Il y a un mois, nous eûmes l'occasion d'observer un homme qui, à la suite d'un effort, avait senti augmenter une petite tumeur qu'il portait depuis quelques mois en haut de la cuisse droite. Nous constations en effet sous l'arcade inguinale, en dedans de l'artère fémorale, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, pédiculée, très douloureuse, semblant naître de dessous l'arcade crurale, elle était irréductible, le malade avait eu des nausées et souffrait de coliques assez vives ; comme le début remontait à quelques heures, nous

le tînmes en observation, portant toutefois le diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée ou enflammée. On donna un bain au malade, un purgatif, on lui appliqua des cataplasmes ; le lendemain la douleur avait diminuée, il n'y avait plus de signes intestinaux. Les jours suivants, la tumeur diminuait peu à peu de volume, et dix jours après, le malade sortait porteur d'une petite masse du volume d'une noisette, qui ne le faisait pas souffrir. Si le lendemain de son accident nous avions vu l'état général mauvais, les douleurs devenir plus violentes, nous croyons qu'il eût été indiqué de l'opérer. Aussi, pour nous résumer, nous admettons que l'on peut avec sagesse user de la règle suivante : *Il y a moins d'inconvénient à croire à un étranglement qui n'existe pas et agir en conséquence, qu'à méconnaître un étranglement constitué.*

Quel est l'état de l'intestin dans la hernie dont on diagnostique l'étranglement ? On admet que pour les petites hernies, entérocèles pures, en 36 heures, il peut être atteint de sphacèle et perforé ; pour les grosses, nos auteurs classiques affirment que, tant que trois jours ne se sont pas écoulés, il n'y a rien à craindre. On dit aussi que la présence de l'épiploon retarde les lésions intestinales?...

Mais en réalité, à quoi bon ces discussions? quand on parcourt un grand nombre d'observations où l'état de l'intestin étranglé est noté, avec la durée de l'étranglement, on est frappé de la grande variété des cas et on craint de voir ces règles si absolues s'écrouler comme un beau rêve. D'ailleurs, actuellement, il n'est plus permis de faire ces taxis prolongés, forcés, qui ont tué tant de malades ; moins on aura fatigué l'intestin, plus la kélotomie aura de chances de succès. Il faut, toutes les fois qu'une hernie, *surtout petite*, a plus de 24 heures d'étranglement, être *réservé sur le taxis*. Inutile d'ajouter que l'emphysème de la région herniaire, les gargouillements, l'inflammation phlegmoneuse, signes de perforation et de phlegmon stercoral, contrindiquent le taxis.

Quand on s'est bien rendu compte de l'état local, — la hernie étranglée dans ses différentes formes, — il est de la plus haute importance de bien considérer comment le malade réagit contre l'étranglement : le pronostic opératoire sera souvent tiré de cet examen.

On peut observer ce que l'on a appelé la forme *aiguë* de l'étranglement. Habituelle dans les petites hernies, elle se caractérise par l'acuité extrême des symptômes, douleurs violentes, coliques, agitation, vomissements, phénomènes d'excitation arrivant au summum dans les 24 heures. On réduit la hernie, ou on opère la kélotomie et tout rentre rapidement dans l'ordre. L'opium est alors parfaitement indiqué.

En opposition avec cette forme, on voit parfois des étranglements *torpides*, évoluant sans phénomènes douloureux très marqués, n'amenant que des vomissements tardifs, quelques coliques. Assez commune chez les vieillards, cette marche est insidieuse et pourrait inspirer une fausse sécurité. Dans le doute, agissez comme pour les cas les plus aigus.

M. Berger a signalé à la Société de chirurgie en 1876 (1) un ensemble clinique auquel il a donné le nom de choléra herniaire. Dans cette forme d'étranglement, les malades se refroidissent rapidement; ils ont des vomissements presque incessants, le visage est tiré et ils offrent l'aspect de cholériques véritables. Dans ces cas, il faut aider au succès de l'intervention chirurgicale par une médication excitante, potions de Tood, thé fortement alcoolisé, injections hypodermiques d'éther, en même temps que l'on combat les vomissements au moyen de la glace.

A côté de cette forme, nous croyons intéressant de signaler les *hernies étranglées avec diarrhée*. Bien que ces mots semblent se contredire, ils indiquent néanmoins des faits cliniques curieux. La diarrhée parait exister dans les cas de pincements latéraux de l'intestin. M. Ledentu, dans l'article du Dictionnaire de Médecine, l'attribue dans l'étranglement complet, à une irritation du bout inférieur de l'intestin. Enfin il ne faut pas oublier que ce fait a été signalé par Bonnet, et par Vidal (de Cassis) (2) durant des épidémies de choléra.

Les hernies étranglées peuvent se compliquer de *phénomènes nerveux* qui sont la source d'indications thérapeutiques importantes. Ces accidents nerveux peuvent revêtir deux formes, excitation ou dépression. On a observé surtout chez les enfants des phénomènes d'excitation, convulsions, strabisme, attaques épileptiformes cessant immédiatement après la réduction. Cependant M. Féré (3) signale chez les jeunes sujets un affaissement rapide et profond. Plus souvent les malades présentent des phénomènes d'affaissement nerveux, d'algidité, d'un pronostic grave et sur lesquels M. le professeur Verneuil a attiré l'attention il y a quelque temps (4). Dans la séance du 25 mai à la Société de Chirurgie il présenta le tableau frappant de ces phénomènes d'algidité herniaire; on nous permettra de le reproduire ici. Un homme de 65 ans avait une hernie étranglée depuis 36 heures. Il présentait de la congestion, avec lividité de la face ressemblant à un cardiaque asystolique. Ses membres offraient par place une teinte livide; le nez, les oreilles, les extrémités étaient froides. La température était de 36,2. Ces phénomènes d'algidité prescrivent une médication spéciale et active, frictions excitantes, potion de Todd, injections d'éther. M. le professeur Lefort les attribue à l'irritation des nerfs intestinaux et surtout du grand sympathique, aussi conseille-t-il l'opium pour les combattre. Dans ces cas, en effet, l'obstacle au cours des matières n'est plus la principale

(1) *Bulletin Soc. Chir.* 1876, p. 698.
(2) Vidal (de Cassis) *Journal hebdomadaire*, 1854, p. 384.
(3) Féré. Etranglement herniaire chez les enfants, une *Revue de Chirurgie*, 1881, p. 266.
(4) Etranglement herniaire compliqué d'algidité. *Bulletin Soc. de chir.*, 1881, p. 411, 25 mai.

chose, c'est le retentissement de la lésion intestinale sur le système sympathique; et ce qui le prouve, c'est qu'on observe ces faits d'algidité aussi bien dans les pincements latéraux de l'intestin et dans l'épiplocèle étranglée, que dans les hernies où une anse d'intestin est prise toute entière (1).

L'algidité herniaire s'accompagne presque toujours d'autres symptômes qu'il n'est plus permis de méconnaître. Je veux parler de la *Congestion pulmonaire*. A deux reprises, M. Verneuil a signalé cette complication (2). Dans les trois observations qu'il a publiées les malades succombèrent et on trouva à l'autopsie une congestion étendue des deux poumons, une véritable splénisation. Quelle en est la pathogénie? Il nous semble qu'on pourrait voir là un phénomène de retentissement d'une lésion portant sur la portion intestinale du pneumogastrique et se répercutant sur un autre viscère tributaire du même nerf. En un mot, nous serions tenté de reconnaître dans ces cas un exemple de ces troubles fonctionnels du grand trépied vital, le pneumogastrique, sur lesquels M. le Dr Huchard insistait encore l'année dernière. Quoi qu'il en soit, il faut toujours se défier de ces congestions pulmonaires et les combattre au moyen de ventouses sèches très nombreuses avant toute espèce d'intervention et après, jusqu'à ce que leurs signes aient disparu.

Les faits rapportés par M. Verneuil contiennent encore une instruction intéressante; l'*anurie dans l'étranglement herniaire*. Probablement plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, elle demande à être recherchée; bien qu'on puisse la mettre sur le compte du retentissement nerveux, on doit aussi noter que, dans les cas observés, il y avait des lésions manifestes de néphrite parenchimateuse. L'anurie sera donc encore un signe fâcheux qui pourra assombrir le pronostic de l'étranglement herniaire et de l'intervention chirurgicale.

Dr HAMBAR.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

VISITE DES DÉPÔTS DE MÉDICAMENTS CHEZ LES MÉDECINS PAR LE JURY MÉDICAL.

Le médecin qui, légalement, est autorisé à fournir les médicaments à ses malades, peut-il être soumis à la visite du jury médical comme les pharmaciens?

Voilà une question qui nous paraît devoir, en ce moment, faire verser des flots d'encre : apportons donc notre contingent à la rivière.

La question a été soulevée par la *Société de médecine légale* et tous nos confrères ont pu lire le rapport de M. Chaudé sur la matière, rapport qui mérite bien des critiques et entre autres celle de porter sur un sujet très incomplètement connu de son auteur.

Nous ne voudrions certes pas ravaler en quoi que ce soit la compétence et l'autorité de la société de médecine légale, mais il nous semble assez extraordinaire de voir cette société trancher des questions professionnelles. Ce n'est pas précisément son rôle.

Nous n'étonnerons personne en disant que cette société ne compte dans son sein aucun médecin de campagne, c'est-à-dire *aucun membre qui, personnellement, connaisse à fond la question*, et que c'est, comme toujours, de l'avis des membres intéressés qu'on se soucie le moins. A-t-on ouvert une enquête parmi nous? A-t-on sollicité notre avis? Et cependant un vote va trancher une question qui n'intéresse en rien cette société, mais qui nous intéresse beaucoup, au contraire, nous qui exerçons à la campagne.

Nous ne savons pas encore quel sera le résultat de ce vote, mais quel qu'il doive être, nous tenons à constater que, pour l'émettre, la société de médecine légale n'a d'autre mandat que celui qu'elle s'octroie à elle-même.

Ces réserves faites, examinons, nous aussi, la question.

Nous admettons, sans discussion, que le droit de fournir les médicaments à leurs malades, accordé aux médecins par la loi de Germinal, a été admis dans l'intérêt du public et non dans l'intérêt du médecin. Comme conséquence, nous reconnaissons que l'intérêt du public doit passer avant l'intérêt du médecin, dans les cas où ces intérêts seraient contraires.

Mais nous prétendons que ces intérêts, loin d'être opposés, sont exactement les mêmes, et, dans ces cas particuliers, se confondent.

Osera-t-on soutenir en effet que le médecin a avantage à se servir de médicaments qui n'agissent pas? Dira-t-on qu'étant seul responsable, il ne s'efforcera pas au contraire de n'employer que des médicaments de bonne qualité?

Il n'a pas la ressource de rejeter sur le pharmacien les reproches qui lui seraient justement adressés, et, si le vésicatoire qu'il applique ne prend pas, il sait parfaitement que lui seul en pâtira.

Nous n'ignorons pas que quelques médecins apportent dans la tenue de leurs médicaments une négligence regrettable; mais nous ne craignons pas de dire que c'est là un fait exceptionnel, exagéré à plaisir par ceux-là seuls qui, ayant bien plus en vue leur propre intérêt que celui du public, cherchent toutes les occaisons de critiquer la tolérance accordée au médecin par la loi de Germinal. Nous pouvons même dire (et nous tenons le fait d'un pharmacien-droguiste qui a de nombreux médecins dans sa clientèle) que les médecins se montrent très difficiles sur la qualité des médicaments et sur les marques des produits spécialisés.

On demande une garantie pour le public: mais où trouver une garantie meilleure que l'intérêt matériel et moral du médecin?

(1) Lefort, *in Bulletin Soc. chir.*, 1er juin 1881, p. 420.

(2) Verneuil. *Bull. Soc. chir.*, 1881, p. 411 et 523.

Le grand argument nous paraît être celui-ci : chez le médecin, certains médicaments peuvent s'altérer, quelle assurance a-t-on que, malgré cette altération, il ne les écoulera pas ? — Argument bien mesquin, on en conviendra, et contre lequel la visite du jury médical a bien peu de force.

Car, enfin, comment se passe cette visite du jury?

Elle est absolument ridicule et nous en parlons par expérience. Trois messieurs (un confrère qu'on connaît généralement et deux pharmaciens) se présentent déclarant qu'ils viennent *examiner la pharmacie*. Ils jettent un coup d'œil sur les fioles et les bocaux pour voir s'ils sont bien rangés, puis demandent un produit.

Du laudanum ; — l'un d'eux verse quelques gouttes de soude caustique, constate qu'il y a précipité et se déclare satisfait.

Du sirop de quinquina; — même cérémonie.

Puis tout est dit, et le jury se retire après échange de poignées de main.

Admettons que la satisfaction soit moindre et que l'examen du sirop de quinquina ait montré qu'il était de mauvaise qualité ; — que fera le jury? — Le médecin n'a pas préparé lui-même ce sirop et la preuve c'est que l'étiquette du droguiste est encore sur la bouteille. — Fera-t-il des reproches au médecin qui n'y peut rien? s'adressera-t-il au droguiste qui ne peut répondre des produits quand ils sont sortis de son officine?

On a trouvé au fond d'un petit pot un extrait moisi. Que fera le jury? Le médecin lui déclarera que jamais il ne se servirait d'un produit pareil, et la preuve qu'il ne s'en sert pas, c'est l'épaisseur même de la moisissure qui le recouvre. Il conviendra que, depuis un certain temps, il a oublié de regarder au fond de ce pot, mais que ses occupations multiples l'en excusent suffisamment. Il dira enfin qu'au premier besoin il se serait empressé de se procurer une provision nouvelle de cet extrait — chose d'autant plus facile que les communications sont de plus en plus rapides; — et, si l'un des membres du jury, plus grincheux que les autres, lui allègue un cas pressé, il répondra qu'il a toute qualité pour remplacer cet extrait altéré par un autre extrait ou par une teinture ou, par tout autre médicament.

Le rangement de la pharmacie laisse à désirer, et fioles ou flacons s'entassent pêle-mêle dans un meuble insuffisant à les contenir — c'est, à notre avis, un des reproches les plus sérienx que puisse encourir le médecin. — Il répondra qu'il regrette de ne pouvoir faire mieux, mais que, jouissant non pas d'un droit, mais d'une tolérance qui, du jour au lendemain, peut lui être retirée, il n'est nullement disposé à consentir des frais d'installation toujours onéreux.

Or, je le répète, que fera dans tous ces cas le jury?

La visite du jury n'est indispensable, elle n'est utile que dans l'officine du pharmacien ouverte au public, parce que là sont préparés, ou peuvent l'être, les médicaments vendus au public pour ainsi dire sans contrôle — le pharmacien, si son remède n'agit pas, a, lui aussi, la ressource de dire que sans doute ce n'était pas ce remède-là qu'il fallait; — *parce que là doivent être obligatoirement conservés les remèdes inscrits au* CODEX.

On a beaucoup crié contre le Codex et nous reconnaissons que nombre des plaintes proférées contre lui sont légitimes : il n'y a pourtant pas moyen de s'en affranchir tant que l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie ne seront pas réunis dans les mêmes mains. Or, si le codex existe, s'il est indispensable, il faut que *le jury médical s'assure que les médicaments qui se touvent chez le pharmacien correspondent bien à la formule sur laquelle se base le médecin pour prescrire.*

Mais, chez le médecin, il n'y a plus de codex ; lui-même prescrivant, lui-même exécutant sa prescription, besoin n'est plus, pour le jury, de s'assurer que dans tel médicament il se trouve tant de grammes de ceci et tant de centigrammes de cela.

Nous nous sommes efforcé de passer en revue les divers cas qui pouvaient se présenter et nous avons montré que l'action du jury était illusoire, inutile et dépourvue de sanction, car nous défions un jury de justifier des poursuites dans aucun des cas que nous avons signalés. Le jury fera jeter aux ordures les produits altérés ; — mais pour un tel résultat est-il donc besoin d'un tel appareil?

L'intérêt du public n'est nullement garanti par la visite du jury ; et, puisque le texte formel de la loi n'assujettit pas le médecin à la visite et à l'inspection des médicaments, nous concluons que cette visite ne peut être imposée.

La loi est muette, et aucune considération ne peut exiger que la jurisprudence supplée à ce mutisme.

Est-ce à dire que nous trouvions tout pour le mieux en l'état actuel des choses? — Certainement non; mais nous pensons qu'il est quelque peu ridicule d'ergoter sur un point obscur d'une législation minée par la base, ébranlée de tous côtés et qui ne reste plus debout que par oubli des pouvoirs publics.

C'est la réforme de la législation tout entière qu'il faut préparer, si l'on veut aboutir à quelque chose de pratique : en dehors de cela on ne fera rien qui vaille.

On sait sur ce point quelle est notre manière particulière de voir : *unité de diplôme et liberté pour tous*, c'est la solution que nous poursuivrons sans relâche; mais si, en attendant cette solution définitive, on veut chercher un *modus vivendi* qui la prépare, nous dirons :

Remplacez par un *droit* la faculté que vous laissez au médecin de délivrer des médicaments, en l'absence d'officine, et garantissez ce droit pour l'avenir quoi qu'il arrive ; élargissez la réglementation des médicaments officinaux; établissez ensuite une surveillance sérieuse en faisant entrer dans le jury les représentants de tous les intéressés.

Il nous est, d'ailleurs, inutile d'insister davan-

tage, toutes ces questions ont été étudiées l'année dernière, dans nos *lettres sur la Révision de la législation médicale*. C'est à ce travail que nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui voudraient examiner plus à fond cette question des rapports da la médecine et de la pharmacie. Dr A. Gassot.

II

MÉDECINE CANTONALE

DIXIÈME LETTRE

(Fin).

Dépenses du service

Le choix du médecin par l'indigent a pour corollaire la rétribution des soins médicaux par chaque consultation, visite et voyage, suivant les distances,et d'après un tarif fixé à l'avance. Du » reste ce système peut très bien se concilier » avec l'ordre et l'économie que commande une » bonne administration, car il est prouvé que dans » les localités où il existe actuellement, les frais » médicaux et pharmaceutiques surtout, sont sensiblement moins élevés que dans celle où règne le système par abonnement. » Van Gael (1).

Que l'on compare les dépenses exigées par le service dans les Landes (système de la liberté à tarif fixe) et dans la Gironde (système cantonal). D'après M. Hameau, dans la Gironde, 380 visites faites à 100 malades étaient rétribuées de 250 à 300 francs, soit 0 fr. 80 par visite. Dans les Landes, 45 visites à 10 malades étaient payées 43 fr. soit près de *un* franc (exactement 0 fr. 955.) Dans la Gironde, la dépense totale par tête d'indigent était de 2 fr. 40, et de 2 fr. 26 dans les Landes. On voit donc qu'avec le système Landais la rétribution des soins est plus avantageuse, en même temps que le budget de l'assistance est moins élevé.

Les sociétés médicales de l'Aisne, de la Côte-d'Or, de la Dordogne, du Finistère, ont calculé que la dépense pour les soins médicaux et les médicaments, pour donner une rémunération suffisante, doit être, au minimum, de 0;10 par tête d'habitant, soit 1 fr. par indigent inscrit ou de 5 fr. par malade (Roussel, note p. 33.) — Or, avec le système Landais, la moyenne de la dépense est de 12 fr. par indigent, *tout secours compris* (Tallon, p. 32), ce qui constitue une bienfaisante différence.

Il serait intéressant ici de comparer le système communal, que nous avons étudié déjà, avec le système Landais. Malheureusement nous ne pourrions mettre en parallèle que les deux départements de l'Ille-et-Vilaine et de l'Allier. Nous avons dit déjà que le système landais appliqué dans l'Ille-et Vilaine entraînerait une dépense annuelle de plus de 80000 francs, tandis que le système communal qui y fonctionne, mal il est vrai, n'occasionne qu'une dépense de 35.000 fr. par an. Mais il est juste de faire remarquer que le département est pauvre, qu'il y a, par conséquent, beaucoup d'indigents, et que la subvention départementale n'est que de 18.000 francs, quand, avec le système cantonal, elle était de 63,000 francs dans le Haut-Rhin.

Le système de la liberté à tarif fixe fonctionne, dans 11 départements :

Allier. Le département alloue 4000 francs ; les communes prélèvent sur leurs ressources 2 francs par indigent inscrit; les honoraires du médecin sont fixés à 0 fr. 50 par kilomètre (aller et retour)

Gironde. — Le département alloue 29 000 fr. les communes soldent le 1/4 des frais de visite et les 2/3 du prix des médicaments.

Le prix de la visite faite sur la présentation d'un billet de visite est de 1 f. à la résidence du médecin. Il est ajouté 0 f. 50 par kilomètres, lorsqu'il y a déplacement. Mais le prix de la visite ne peut excéder 5 francs.

Landes. — (17 octobre 1856). Le département alloue 2500 francs. Les communes votent les ressources dans la session de mai, et au besoin, il se fait des collectes dans les communes et des quêtes dans les églises. La plupart des communes possèdent un mobilier médical.

Indre. — Le département n'intervient que par voie de subvention et donne 2000 francs. Les communes votent chaque année un crédit pour faire face à la dépense. Le prix des visites et des médicaments a été arrêté par l'Association médicale.

Haute-Saone. — Les communes qui votent 2 f. par tête d'habitant délivrent des bons à prix réduits

Seine-et-Oise.— Le département alloue 16000 f.r, les médecins reçoivent une indemnité annuelle un assez grand nombre de communes possèdent un mobilier médical.

Tarn-et-Garonne. — Le service y fonctionne très mal.

Haute-Marne. — Depuis le 8 décembre 1859.

Gers. — Depuis 1862.

Drome. — Depuis 1866.

Cotes-d'Or. — A Dijon, depuis le 1er avril 1866.

Nous avons assez indiqué et motivé nos préférences pour le système de la liberté à tarif fixe pour qu'il soit nécessaire d'insister. Signalons toutefois quelques désidérata.

Nous demandons que, contrairement aux articles 5, 11 et 12 du règlement des Landes, la présence du médecin et du percepteur, à titre de membres participants dans la commission chargée d'établir la liste des indigents ; la suppression des bons de visites qui constituent une difficulté pour le service et n'ont aucune utilité pratique; la fixation des honoraires médicaux à un prix, non pas réduit mais au prix payé par l'ouvrier qui n'a pour toute ressource que sa journée de travail.

Nous n'admettons pas (article 9 du projet de réorganisation du service des indigents dans la Nièvre. Dr Mignot) que la distance doive être calculée pour les voyages de clocher à clocher, que les consultations soient gratuites et que pour un accouchement le médecin n'ait droit qu'aux honoraires d'une visite simple, avec un supplément de 3 fr. si l'enfant est vacciné par l'accoucheur. (art. 15. Nièvre).

Enfin, nous ne souscrivons pas à l'obligation impo-

(1) Etude sur les appréciations émises par les autorités médicales et administratives ainsi que par les sociétés savantes au sujet de l'organisation d'un service médico-rural des indigents par Ch. Van Gael — Bruxelles 1881.

sée au malade de choisir son médecin pour toute la durée de sa maladie (1). Que l'on limite la circonscription dans laquelle l'indigent pourra choisir son médecin, mais c'est tout ce que l'on peut exiger convenablement.

Cette obligation serait une entrave pour la liberté du malade quand des accidents nouveaux se produiraient dans son état, et que son médecin ordinaire serait absent ou malade.

De l'examen que nous avons fait du système Landais résulte pour nous la conviction qu'il constitue le système le meilleur, le plus pratique, le plus durable de tous ceux proposés jusqu'à ce jour. Sans doute il présente des imperfections que le temps pourra tout au moins amoindrir, et qu'il sera d'autant plus facile de faire disparaître, que les pouvoirs publics se montreront plus justement soucieux des intérêts de la classe la plus déshéritée de notre société. Notre projet publié avant l'heure a indiqué les modifications qui nous ont paru les plus importantes, et nous serions plus que récompensé de nos efforts si notre modeste travail, bien perfectible, avait l'heureux effet de provoquer de bienfaisantes améliorations.

Mais l'assistance à domicile ne suffit pas pour soulager la misère. Il faut encore pour ceux qui n'ont pas de domicile ou qui sont loin du leur, des asiles qui les reçoivent, il faut en un mot créer des hôpitaux pour les malades qui ne peuvent être soignés chez eux, des hospices pour les vieillards et les infirmes, nous allons donc maintenant étudier *la question des hôpitaux et des bureaux de* bienfaisance.

(*A suivre*).

Dr Mignen.
(*de Montaigu.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Alimentation artificielle des phthisiques.

M. *Debove*, ayant dans son service une phthisique qui ne pouvait plus supporter le lait, se décida à la nourrir avec la sonde œsophagienne. Il lui administra, par ce moyen, d'abord un litre de lait pur, plus tard de la viande, des œufs. Enfin il arriva, sans qu'elle eût de vomissements, à lui faire ingérer deux litres de lait, 200 grammes de viande et dix œufs.

L'appétit est revenu; la malade a engraissé; elle dort bien et les sueurs ont disparu.

M. *Dujardin-Beaumetz* a employé cette méthode dans son service et a constaté les mêmes résultats.

M. *Joffroy* a eu recours à un traitement analogue pour deux cancéreux qui ne pouvaient plus supporter aucun aliment. Il les a nourris pendant quelques jours avec des lavements de peptone, etc.; ces malades ont repris un peu de force, l'appétit est revenu, mais bientôt ils retombèrent dans le même état cachectique.

M. *Desnos* lit un travail sur ce sujet. Cette méthode, dit-il, offre de réels avantages; mais elle n'est pas exempte d'inconvénients, ni d'accidents, et il importe, dans l'intérêt même de la méthode, de faire connaître ces inconvénients et ces accidents, afin d'en rechercher les causes et les moyens de les prévenir. M. Desnos cite un exemple emprunté à son service. Il s'agit d'un homme atteint d'excavations tuberculeuses aux deux poumons. L'alimentation forcée étant indiquée chez lui, on eut recours au tube de Faucher; on lui fit prendre ainsi, d'un coup, un litre de lait. Aussitôt, ce malade fut pris d'un accès de suffocation, d'une dyspnée intense et de menaces d'asphyxie; en même temps, le liquide refluait par la bouche, par le nez. L'auscultation, pratiquée au même instant, révélait du gargouillement, qui indiquait la présence d'un liquide dans les bronches; en effet, le malade eut une expectoration de lait. Enfin, il se déclara une pneumonie qui emporta ce malade dans l'espace de trente-six heures.

A l'autopsie, on trouva les excavations tuberculeuses diagnostiquées pendant la vie, les lésions d'une pneumonie au premier degré; puis on trouva du liquide remontant jusqu'au larynx et à la trachée. Le passage du lait dans les voies respiratoires était hors de doute, et c'était bien lui qui avait déterminé l'explosion d'une pneumonie. M. Variot, interne à la Charité, a publié trois cas d'intolérance absolue qui, rapprochés du fait de M. Desnos, montrent qu'il faut faire des réserves et prendre de grandes précautions pour l'emploi de cette méthode. Ainsi, un litre injecté à la fois est une quantité trop considérable; il faut faire l'injection doucement, lentement, et prendre des temps d'arrêt. Malgré cela, M. Desnos reste partisan de l'alimentation artificielle pour certains phthisiques. Il termine par les conclusions suivantes :

1° L'alimentation artificielle ou le gavage des phthisiques constitue une bonne méthode, mais donnant lieu parfois à des phénomènes d'intolérance et pouvant même, dans certains cas, entraîner de véritables dangers;

2° Chez quelques malades, elle est absolument inapplicable;

3° Elle exige certaines précautions; il faut procéder lentement à l'introduction du liquide, prendre des temps d'arrêt;

4° Il ne faut pas l'appliquer pendant les accès fébriles, et il faut attendre les moments d'apyrexie.

5° L'alimentation artificielle par le lait détermine quelquefois de la diarrhée.

(*Société médicale des Hôpitaux.*)

Des injections hypodermiques d'ergotine dans le prolapsus rectal.

Dans une thèse récente, 1881, le Dr Perrotin rapporte que le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a communiqué à la Société de thérapeutique trois observations de prolapsus du rectum

(1) Article V du règlement proposé par la Société de Médecine de Belgique.

guéri facilement et en un laps du temps relativement court ; en voici le résumé :

Observation. — M. X..., 36 ans, atteint depuis huit ans d'un prolapsus rectal permanent.

On avait essayé les lavements à l'eau froide au moment du coucher ; puis les lavements au ratanhia, etc.

Comme on n'avait pas obtenu de résultat, le Dr Vidal tente un nouveau traitement. Il enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la peau à 5 millimètres en dehors de l'anus et fait une injection de 15 gouttes d'une solution d'extrait aqueux d'ergot.

Cette petite opération fut suivie, pendant trois heures, de ténesme rectal et vésical.

Après 5 injections à 2 jours de distance, la muqueuse du rectum faisait à peine issue. La réduction une fois opérée se maintenait pendant plusieurs heures.

Après la onzième injection, la procidence n'avait lieu que pendant la défécation et se réduisait d'elle même.

On a fait en tout 22 injections.

Il y a près de 4 ans que M. X..., est guéri sans récidive.

Observation. — Le succès fut plus prompt pour Mme B..., atteinte d'un prolapsus rectal permanent, consécutif à des hémorrhoïdes.

Le bourrelet de la muqueuse formait un relief de 2 centimètres.

Après 4 injections, la réduction se maintenait n'ayant lieu que pendant la défécation.

Après 6 injections, guérison semblant parfaite, on fait de nouvelles injections de précaution.

Le traitement n'a duré que 24 jours.

Observation. — A l'hôpital a lieu une troisième guérison en 15 jours par 6 injections de 20 à 25 gouttes chacune. La malade, âgée de 45 ans, était atteinte de son infirmité depuis deux ans.

A ces observations, le Dr Perrotin ajoute que, dans le bulletin de la Société de thérapeutique de 1880, il y a six autres nouvelles observations de prolapsus hémorrhoïdo-rectal, guéri par les injections d'ergotine. En voici l'analyse au point de vue de la durée du traitement et du nombre d'injections.

Observation. — (Dr Halma Grand, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans). Mme P..., 66 ans, atteinte depuis 4 ans, guérie en 10 jours par 5 injections. Revue 3 mois après ; pas de récidive.

Observation. — (Dr Gérard-Laurent) X...., cantonnier, 45 ans. En traitement du 3 janvier au 1er février, date de la reprise du travail.

11 injections, de 20 à 25 gouttes, d'une solution au 1/5.

Observation. — Abraham M..., 53 ans. En traitement du 7 mai 1880 au 22.

5 injections de 20 gouttes, solution au 1/5. Le 25. Le malade est regardé comme guéri.

Observation. — Le prolapsus date de 3 ans, il est compliqué de congestions hémorrhoïdales et irritation de tumeur polypeuse de la muqueuse. X..., 45 ans, est en traitement depuis le 12 mars 1880 jusqu'au 8 avril. Guéri après 15 injections.

Observation (M. Ferrand). — Mme X..., 35 ans. En traitement depuis le 27 avril 1879 au 27 mai. 3 injections. Résultat complètement satisfaisant.

On fait une nouvelle injection de précaution le 27 juin.

La malade, revue le 15 décembre, n'a pas eu de récidive.

Observation (Due à l'obligeance du Dr Michel). — Mme X..., 42 ans. Hémorrhoïdes pendant une première couche à l'âge de 22 ans. 3 grossesses depuis. En 1880, je constate une chute du rectum avec des hémorrhoïdes volumineuses. Cette chute du rectum se produisait pendant chaque défécation.

Les douleurs étaient intenses, la marche impossible.

Tous les traitements usités en pareil cas ayant échoué, je me décide à faire des injections d'ergotine, selon les indications de MM. Perraux et Vidal. Les injections sont pratiquées dans la tumeur variqueuse à la dose de 1 gramme.

Dès la troisième injection, la tumeur est réduite au point de permettre la marche, la douleur a presque disparu.

3 nouvelles injections sont faites à *2 jours d'intervalle*. La tumeur est réduite, et la malade va à la selle sans que la chute du rectum se reproduise.

Depuis ce moment, les hémorrhoïdes ne forment qu'un bourrelet induré autour de l'anus sans douleur. Par précaution, 5 injections ont été faites, d'ailleurs, sur la demande de la malade qui, se souvenant des douleurs passées, craignait le retour.

La méthode opératoire joue un grand rôle dans le succès des injections hypodermiques d'ergotine. Il faut faire l'injection avec lenteur, dans le tissu cellulaire, le plus loin possible de la face profonde de la peau, avec un liquide limpide et rejeter absolument toutes préparations présentant un dépôt quelconque.

L'administration de l'ergotine par la voie hypodermique est préférable à tout autre moyen dans les chutes du rectum. Jusqu'à ce jour, chaque opération a amené, dans un bref délai, une guérison radicale.

(*Paris médical*).

*
**

Traitement du panaris

Voici la conduite à tenir dans le traitement du panaris, telle que l'indique M. Nicaise dans ses leçons cliniques (*Gaz. méd. de Paris*, n. 29, 1881) :

Un traitement personnel vous permettra souvent de préserver vos malades de toute complication, s'ils s'adressent à vous dès le début, et non pas

après avoir essayé tous les remèdes populaires, grâce auxquels ils arrivent si fréquemment à perdre leur phalange, sinon leur doigt.

Le seul traitement qui convienne est le traitement antiphlogistique. Vous avez soin, dès l'abord, de faire placer le bras dans une écharpe en élevant la main autant que possible. — La position est importante. — Puis vous prescrivez des bains locaux, deux à trois par jour, chacun de une heure à une heure et demie, bains émollients d'eau de guimauve, à laquelle vous ajoutez de l'acide phénique en cas de plaie. Dans l'intervalle des bains, de larges cataplasmes sont appliqués, recouverts de taffetas gommé. En même temps vous ne devez pas négliger les révulsifs intestinaux.

Si, malgré ces soins, l'amélioration ne se produit pas, si les souffrances continuent, si l'insomnie persiste, vous ne devez pas plus longtemps hésiter à recourir au bistouri; vers le troisième ou le quatrième jour, il faut inciser le doigt malade en un point déterminé, en celui où par la pression on produit une sensation de piqûre violente; et si les douleurs reviennent, si l'amendement qui suit toujours immédiatement le débridement ne se maintient pas, incisez à nouveau. — J'ai insisté sur ces poussées successives qui se montrent quelquefois dans le panaris.

Après l'incision, on applique sur le doigt des cataplasmes émollients, recouverts d'huile phéniquée, et l'on prescrit des bains locaux phéniqués.

Pour abréger la marche de la maladie, pour éviter les incisions successives, si souvent nécessaires, on a songé à des opérations plus radicales dès le début, — je veux parler du curage et de l'incision par transfixion de la pulpe du doigt.

Le *curage* se fait par une incision suffisante, à travers laquelle on passe une curette qui fait l'abrasion de la pulpe du doigt; — ce traitement a été proposé également pour l'anthrax.

Dans l'incision par transfixion, que je suis disposé à proposer pour certains cas, on taille une sorte de lambeau palmaire qui ouvre la plupart des alvéoles, permet l'expansion facile des exsudats et empêche l'étranglement; l'inflammation n'aura pas alors le temps de gagner le périoste et l'os. Cette opération conviendrait quand on craint l'inflammation de toute la pulpe, que celle-ci est gonflée et douloureuse dans presque tous ses points.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Société de la Loire-Inférieure. — *Présidence de M. le Dr Laennec.* (Extrait).

Une autre question non moins intéressante pour nous, celle des syndicats, a été soulevée par le *Concours médical*. Actuellement les syndicats, grâce à l'énergique impulsion de ce journal, se multiplient. Pour mon compte je voyais avec une vive satisfaction le corps médical sortir enfin de son apathie et donner cette preuve de vitalité et d'énergie en fondant cette œuvre de solidarité et de défense professionnelle, satisfaction toute platonique, du reste, car dans notre département on ne se préoccupe guère d'imiter le mouvement général, et pourtant, en utilisant notre Association toute organisée, un syndicat me paraissait facilement réalisable.

Mais voyez, Messieurs, comme nous jouons de malheur! Toutes les fois que nous faisons un effort pour améliorer notre situation si précaire, les évènements se chargent aussitôt d'anéantir nos espérances.

C'est l'enquête de 1876, sans parler de celles plus importantes qui l'ont précédées, mise à néant par la dissolution de la Chambre; ou bien nous nous heurtons à des difficultés légales, comme il est arrivé pour la reconnaissance d'utilité publique de notre Association, et comme le fait se produit encore aujourd'hui à propos des syndicats. (Suit la circulaire du président de l'association. Nos confrères connaissent les réponses à cette circulaire, et sauront persévérer dans la voie des syndicats.)

II

Société locale de l'arrondissement de Toulon. *(Extrait)*.

Présidence de M. le Dr Chapuis. (27 décembre 1882.)

Le président lit une circulaire du Conseil général sur les syndicats médicaux.

Cette circulaire, en date du 5 décembre 1881, fait ressortir que la loi sur les syndicats professionnels n'a encore été votée que par la Chambre des députés, qu'avant d'être promulguée, elle doit être adoptée par le Sénat sans modification. Or, il est possible qu'elle soit amendée, et, dans ce cas, elle retournerait à la Chambre des députés. En supposant même que le Sénat n'y apporte aucune modification, cette loi ne viendra pas de sitôt à son ordre du jour, car des questions politiques plus importantes auront la priorité et retarderont sa mise en délibération. Il n'est donc pas nécessaire de discuter aujourd'hui l'opportunité de la création des syndicats médicaux; cette discussion doit être renvoyée à plus tard.

L'Assemblée adopte l'ajournement.

Le président communique une lettre de la Société pharmaceutique de Toulon, priant les médecins de la localité de se conformer à la loi qui exige de formuler en toutes lettres les doses des médicaments poisons, au lieu d'employer les chiffres.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de M. le Dr *Crouet*, médecin au *Routot*, membre du *Concours Médical*.

Notre confrère, ex-interne des hôpitaux de Paris, s'était acquis à Routot une belle et importante clientèle.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
11 Mars 1882 — 4me Année. — No 10

SOMMAIRE

BULLETIN

On se rappelle que, dans la dernière séance de l'Académie, le rapport de M. *Chatin* sur la *prohibition des viandes américaines* avait été renvoyé à la Commission, à laquelle on demandait de formuler des conclusions qui pussent, après vote, être adressées au Ministre, comme traduisant l'opinion de l'Académie sur la question. C'est M. *Bouley* qui est venu lire ces nouvelles conclusions, qui ont d'ailleurs été adoptées à une grande majorité.

L'Académie prenant en considération :

« 1o Que depuis un assez grand nombre d'années, les viandes porcines de provenance américaine ou allemande sont entrées librement en France, et ont été livrées à la consommation sans qu'elles aient été soumises à une inspection spéciale au point de vue de la trichine;

« 2o Que, malgré l'usage très répandu qui a été fait de ces viandes, notamment dans l'armée et dans les grands centres manufacturiers et industriels, la trichinose, hormis une seule fois où elle procédait d'un porc indigène, n'a été observée dans aucune région de la France, bien que son existence, fréquente en Allemagne, ait appelé sur elle, d'une manière particulière, l'attention des médecins;

« 3o Que cette immunité, dont jouissent nos populations à l'endroit de la trichinose, se rattache, à n'en pas douter, à nos habitudes culinaires, la viande de porc n'étant généralement consommée en France qu'après avoir subi une température de coction qui n'est pas compatible avec la conservation de la vie des trichines;

« 4o Qu'enfin, une inspection microscopique efficace ne pourrait être que bien difficilement applicable *à la masse énorme de quarante millions* au moins de kilogrammes de viande porcine, présentés annuellement à l'importation et que, dans tous les cas, cette inspection ne saurait donner une garantie certaine de l'innocuité de ces viandes au point de vue de la trichinose, l'irrégularité de la dissémination des trichines ne permettant pas d'induire de leur absence dans un point qu'elle n'existent pas dans un autre, est d'avis :

« Qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à une inspection microscopique les viandes porcines d'importation étrangère pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires de ces populations ayant été démontrées jusqu'à présent efficaces à les préserver de cette infection;

« Et qu'il suffit, pour les tenir en garde contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue ou incomplètement cuite, de les leur signaler dans une instruction spéciale, qui serait distribuée dans toutes les communes par les soins de l'Administration. »

M. *Gosselin* rappelle que, dans l'avant-dernière séance, il a affirmé que le chloroforme, même légèrement impur, ne présentait pas de sérieux inconvénients et que, bien administré, il ne donnait pas la mort. Il veut aujourd'hui développer sa proposition et donner la *Technique des inhalations de chloroforme.* Il y a, dit-il, trois manières d'administrer le chloroforme; voici en quoi elles consistent :

1o On le fait inspirer en très petites quantités à

la fois, mais d'une manière continue, c'est le mode que l'on emploie surtout pour les accouchements; la sensibilité est émoussée, sans agitation, mais aussi sans sommeil complet, sans anesthésie véritable;

2° Ou bien on l'administre, dès le début, en grande abondance et sans interruption. Quand on le fait expérimentalement sur les animaux, l'animal s'agite d'abord, puis il s'endort, et au bout de dix à douze minutes, il tombe inerte, sans pouls et sans respiration. Souvent ce n'est encore qu'une mort apparente; mais parfois aussi la mort est réelle. Que s'est-il passé? Le sang de cet animal a reçu trop de chloroforme à la fois, les vapeurs anesthésiques ont excité, puis paralysé le cerveau d'abord, ensuite la moelle et enfin le bulbe rachidien; la mort apparente ou réelle résulte de la suppression de l'influence de ce dernier organe sur les mouvements du cœur ou de la respiration;

3° Ou bien on donne le chloroforme à doses progressives et intermittentes. C'est la méthode que M. Gosselin emploie depuis vingt ans, c'est celle qu'il a indiquée dernièrement à l'Académie. Il suffit en général de 141 inspirations, dont 113 d'air chloroformé et 28 d'air pur, pour produire une anesthésie complète et sans dangers.

Ainsi administré, le chloroforme s'élimine en partie, au fur et à mesure par les voies excrétoires. D'autre part, pendant que se font ces inspirations alternatives d'air anesthésique et d'air pur, les centres nerveux, touchés, caressés en quelque sorte par la dose utile de chloroforme, s'y habituent peu à peu et peuvent ensuite recevoir sans inconvénient une dose un peu plus forte. Il y a très peu d'agitation, les vomissements sont très rares, l'anesthésie s'établit sans effort. En procédant ainsi et en saisissant bien toutes les contre-indications, on peut arriver à ne plus voir aucune mort par le chloroforme.

M. *Labbé*, au contraire, donne le chloroforme d'une manière continue, mais à très petites doses, et en supprimant complètement les intermittences, dans le but de ne pas abaisser à chaque instant le titre du mélange d'air et de chloroforme. Il ne verse que quelques gouttes à la fois sur la compresse et n'enlève jamais celle-ci, si ce n'est pour renouveler son imbibition : encore a-t-il soin, pour éviter l'évaporation, de recouvrir la compresse d'une toile imperméable. De cette manière, il n'impressionne que faiblement les centres nerveux et il les habitue peu à peu à cette impression. Pour une anesthésie de 20 à 25 minutes, il ne dépense que 5 à 6 grammes de chloroforme; pour une anesthésie d'une heure, une heure et demie, dans un cas d'ovariotomie, par exemple, il emploie 20 à 25 grammes, et l'anesthésie met de 8 à 10 minutes à se produire.

« Je trouve, dit en terminant M. Labbé, un appui pour ma manière de voir dans les expériences par lesquelles M. P. Bert a déterminé ce qu'il appelle la zone maniable des anesthésiques, c'est-à-dire la dose qui sépare le moment où l'anesthésique a produit l'anesthésie, de celui où il produit la mort. » Cette zone est moins étendue pour l'éther que pour le chloroforme; avec le chloroforme, l'anesthésie arrive lorsque l'air contient 8 pour 100 de chloroforme, et la mort lorsqu'il en contient 20 pour 100: c'est une latitude de 12 pour 100 dans la zone maniable. Cette latitude est de 40 pour 100 lorsqu'il s'agit de l'éther, ce qui explique la prédilection de cet anesthésique de la part de certains chirurgiens, et la proscription dont le chloroforme a été frappé dans certaines contrées, en Amérique, par exemple. Cette zone maniable est bien plus étendue encore avec le protoxyde d'azote sous pression; M. Labbé lui trouve une grande supériorité comme anesthésique, malheureusement il regrette que son emploi soit peu pratique.

Quoi qu'il en soit, et sans qu'il puisse y avoir un dosage mathématique de l'agent anesthésique, M. Labbé croit que son procédé donne des chances sérieuses de se maintenir dans la zone maniable, quelque indéterminée qu'elle soit encore chez l'homme et de ne plus dépasser l'écart qui sépare la zone anesthétique de la zone mortelle.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Nous avions annoncé, il y a quelque temps, qu'à la suite de la nomination de M. le professeur Charcot à la chaire de clinique des maladies nerveuses la faculté avait accepté la permutation de M. le professeur Hayem de la chaire de thérapeutique à la chaire d'anatomie pathologique. Le ministre, M. P. Bert, ayant refusé d'autoriser cette permutation, la faculté a dû présenter de nouveaux candidats. Ce sont MM. Cornil-Lancereaux et Grancher qui figurent sur la liste dans l'ordre où nous les indiquons.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

I

Des paralysies diphthériques.

(Clinique et thérapeutique.)

Si notre précédent article prêtait le flanc à l'accusation de sortir du cadre de la *Médecine Pratique*, consacré qu'il était à une affection encore très rarement observée, — le même reproche ne pourra sans doute nous être adressé aujourd'hui.

La diphthérie, en effet, a le triste privilège d'être une actualité perpétuelle, et, bien que les accidents paralytiques ne soient pas ceux auxquels succombe le plus grand nombre des malades, pourtant leur extrême fréquence, le caractère singulier qu'ils revêtent parfois et qu'ils ont notamment paru revêtir dans une épidémie récente ; pardessus tout, enfin, la prise qu'ils offrent aux efforts thérapeutiques, communiquent à cette étude un extrême intérêt *pratique*.

Que l'on considère les paralysies comme une complication ou comme une forme de l'empoisonnement diphthérique, il est certain, — et nous espérons le démontrer, chemin faisant, par le récit d'une observation personnelle, — qu'une thérapeutique habilement conduite peut beaucoup contre elles, même dans les cas les plus graves, beaucoup plus, en tout cas, que contre les manifestations angineuses ou croupales.

Ce n'est pas sans un serrement de cœur que nous traçons ces lignes ; car, hélas, ce n'est point à des accidents paralytiques que vous avez succombé, pauvres collègues frappés à nos côtés depuis si peu de temps dans les hôpitaux, vous qui avez laissé des vides si cruels dans la phalange de l'internat : Abadie-Tourné, Carrette, Herbelin, Clauzel de Boyer, Cossy ! La diphthérie vous a brutalement terrassés dans les premiers jours, presque dès les premières heures de son invasion angineuse, sans laisser à nos maîtres le moindre répit pour vous arracher à ses étreintes.

I

Plusieurs de nos lecteurs se demanderont peut-être pourquoi nous avons écrit *diphthériques*, et non *diphthéritiques*, contrairement à beaucoup de pathologistes éminents, que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de cet article. C'est afin de rester dans la pure tradition de Trousseau, qui, tout en adoptant la doctrine de son maitre Bretonneau sur la spécificité de la *diphthérite*, rejeta cette terminaison parce qu'elle assignait une sorte de prépondérance à l'élément inflammatoire, et substitua le mot de *diphthérie*, maladie générale appartenant à la classe des intoxications, des maladies infectieuses, et non à celle des phlegmasies.

MM. Jaccoud et Dieulafoy ont adopté d'ailleurs l'expression de diphthérique dans leurs traités de pathologie dès maintenant classiques, et nous nous rallions d'autant plus volontiers à leur orthographe qu'il y a, à nos yeux, autre chose qu'une simple querelle de mots ou de grammaire. Plus nous faisons de *progrès dans l'étude* de la diphthérie, plus sa nature infectieuse apparait évidente, et si, parmi les manifestations de ce fléau, il en est qui soient propres à faire éclater à tous les yeux ce caractère d'infection primitivement générale, frappant dès l'abord tous les *points* du système nerveux, ce sont, à coup sûr, les paralysies.

Rien n'est plus instructif à cet égard que le remarquable travail publié l'an dernier par M. Boissarie (1) sous ce titre significatif : diphthérie sans angine.

Il ne sera point inutile de résumer brièvement les faits dont nous devons la connaissance à ce distingué confrère et dont l'interprétation fait le plus grand honneur à sa sagacité clinique. Dans l'épidémie dont il a été le témoin et le narrateur, après avoir même failli en être la victime, M. Boissarie a constaté :

1° Des paralysies survenant d'emblée, sans angine, sans aucune poussée sur la peau ou les muqueuses;

2° D'autres cas où les paralysies *étaient suivies* d'angines couenneuses, au lieu d'être précédées par elles;

3° Au milieu de ces faits exceptionnels, des angines couenneuses, évoluant suivant la loi commune, sans être précédées ni suivies d'aucun symptôme paralytique.

Notre confrère a vu avec raison dans le rapprochement de ces trois ordres de faits, observés dans le même temps et dans les mêmes lieux, la preuve que la diphthérie peut, dans certains cas, rompant avec ses allures ordinaires, épuiser son action en la concentrant uniquement sur le système nerveux. Les paralysies ne sont pas alors seulement une conséquence ou une complication possible de l'angine pseudo-membraneuse; elles peuvent, à elles seules, définir et résumer la maladie toute entière. Alors, pour emprunter la juste comparaison de M. Boissarie, « la couenne peut faire défaut, comme l'éruption peut manquer dans la variole ou la scarlatine, quoique la diphthérie infecte profondément l'économie et retentisse sur d'autres organes. »

Ainsi se trouvent réfutées certaines théories, encore discutées comme possibles dans nos livres classiques, notamment l'assimilation des paralysies diphthériques à certains phénomènes de parésie musculaire plus ou moins accentuée qui peuvent survenir dans la convalescence des fièvres graves et la confusion de ces deux ordres de faits sous l'étiquette commune de paralysies *amyosthéniques* (Gubler).

Mais ce n'est point ici le lieu d'entrer dans la discussion d'aucune théorie ; il nous convient bien mieux de retracer succinctement l'histoire et la description des paralysies diphthériques, telles que l'ensemble des faits connus nous permet de les reconstituer.

(1) Gazette hebdom. de Méd. et de Chir. 20 mai 1881

II

Bretonneau était déjà fort avancé dans sa carrière, il avait déjà, par ses immortels travaux, mis en lumière la nature spécifique de la diphthérie et constitué, pour ainsi dire, son état civil, sans s'être trouvé encore en présence de paralysies diphthériques. Les avait-il simplement méconnues? N'est-il pas plutôt vraisemblable que le génie particulier des épidémies qu'il avait jusque là observées ne comportait guère que des manifestations angineuses à l'exclusion des accidents paralytiques? Toujours est-il que le premier malade qu'il en vit atteint fut son collègue Herpin, de Tours, et que celui-ci, en lui racontant sa propre histoire, eut le mérite de lui faire toucher du doigt la relation qui existait entre la paralysie et l'angine.

Pendant quelque temps, on ne connut guère que la paralysie du voile du palais que Trousseau a décrite avec son talent magistral. Ces accidents dont l'apparition coïncide avec le début ou le décours de la convalescence d'une angine diphthérique plus ou moins grave; voix nasonnée, articulation des sons défectueuse, troubles de la déglutition entraînant le rejet des boissons par les fosses nasales ou l'engagement des parcelles alimentaires dans les voies aériennes et de terribles accès de suffocation, immobilité flasque et insensibilité du voile du palais; voilà autant de traits qui furent d'emblée connus de tous; ce sont encore ceux qu'on observe le plus souvent sans doute.

Leur relation avec l'angine antérieure parut, en somme, assez facile à interpréter, et l'on ne s'étonnait point que l'appareil musculaire sous-jacent à une muqueuse récemment atteinte dans sa texture par une inflammation spécifique, fût entravée pendant quelque temps. C'est par un raisonnement semblable qu'on expliquerait encore certains faits de paralysie du voile du palais consécutifs à une angine inflammatoire simple et dénuée de tout caractère spécifique, s'il était démontré que ces faits ne restent pas dans la catégorie des erreurs de diagnostic, des diphthéries frustes ou méconnues.

Mais on ne tarda pas à connaître des cas où la paralysie, au lieu de rester *limitée* au voile du palais, se *généralisait*, frappant successivement ou simultanément les groupes musculaires les plus éloignés, muscles du cou, des membres, du tronc, muscles respiratoires, muscles de la vie organique (œsophage, larynx, cœur, sphincters du rectum et de la vessie); on connut bientôt aussi les troubles les plus divers de la sensibilité générale et sensorielle.

Enfin avec les travaux de Maingault, de Faure (1), Tardieu (2), Roger (3), avec Duchenne (de Boulogne (4) on se rendait un compte exact et l'on pouvait constituer le tableau complet des étranges et multiples désordres compris sous la dénomination de paralysies diphthériques.

(1) *Union médic.* 1875.
(2) *Union medic*, 1859.
(3) *Archiv. de méd.* 1862.
(4) *Bull. de thérap.* 1870.

III

La caractéristique dominante de ces paralysies, c'est à la fois leur généralisation et leur mobilité: s'il est vrai que le plus souvent le voile du palais soit le premier atteint, nous savons que les membres peuvent être paralysés avant lui et même sans lui, que la paraplégie peut exister avec ou sans paralysie du rectum ou de la vessie, que les muscles du tronc et de la nuque, de la moitié ou de la totalité de la face, ont pu être frappés. Dans beaucoup de cas ces diverses régions sont atteintes isolément et successivement, et la motilité disparaît dans un groupe musculaire alors qu'elle se répare dans un autre.

Pourtant nous avons vu un malade, sur l'histoire duquel nous reviendrons plus loin, et qui, paralysé à peu près complètement à la fois des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche, de l'œsophage, du larynx et de la langue, gisait étendu sur son lit comme une masse inerte, réalisait à peu près le type des animaux curarisés dans les expériences fameuses de Claude Bernard; ce malheureux aurait paru un cadavre, si deux yeux expressifs et l'angoisse peinte sur sa figure encore mobile n'avaient attesté clairement la conscience qu'il avait de sa situation et l'horreur qu'il en éprouvait. Heureusement ils avait écrire, et, à l'aide de son bras droit demeuré indemne, il communiquait avec nous par des phrases tracées sur une ardoise, qu'on lui présentait suivant l'inclinaison nécessitée par son décubitus dorsal absolu.

Beaucoup d'auteurs disent « que l'asthénie musculaire, pour si accusée qu'elle soit, n'aboutit jamais à la paralysie complète (Dieulafoy). » Sans vouloir nous élever contre d'importantes autorités, nous dirons que nous ne voyons pas, dans le cas qui nous occupe, en quoi un état de résolution musculaire aussi générale diffère beaucoup de la paralysie complète. Il est vrai, et c'est un fait bien précieux à enregistrer, que les muscles paralysés ne subissent guère d'atrophie, que leur contractilité électrique demeure intacte.

Les troubles des *organes des sens* peuvent consister: du côté de la *vision*, en ptosis, strabisme, mydriase, myopie, amblyopie et même cécité complète, — accidents qui ressortissent, soit à la paralysie des muscles de la paupière, de l'orbite ou de l'accommodation, soit à des lésions passagères des centres optiques cérébraux (car l'ophthalmoscope n'a pas jusqu'ici fait constater de lésions du fond de l'œil.) La diminution du *goût* est plus fréquente que celle de l'*ouïe*.

Les troubles de la *sensibilité* tactile consistent soit en fourmillements et picotements, soit en zones d'anesthésie cutanée, surtout manifeste aux extrémités; c'est ainsi que certains sujets, devenus fort maladroits de leurs mains laissent tomber les objets qu'ils prennent, tandis que d'autres, ne sentant qu'imparfaitement le sol sur lequel leurs

pieds reposent ont un peu la démarche des ataxiques (Archambault) (1).

Parmi les accidents paralytiques énumérés jusqu'ici il n'en est qu'une sorte qui soit vraiment de grave conséquence, c'est la paralysie des muscles de la déglutition, parce qu'elle détermine l'introduction des aliments dans les voies respiratoires et peut entraîner la mort par asphyxie; encore y peut-on remédier par l'emploi temporaire de la sonde œsophagienne qui permet d'alimenter le malade sans danger. Quant aux autres paralysies, musculaires, tactiles ou sensorielles, comme elles sont passagères et tendent d'elles-mêmes à la réparation, leur existence n'assombrit pas trop le pronostic.

Mais il en va autrement des manifestations de la paralysie diphthérique que Duchenne a si justement nommées *forme bulbaire*; les cas de ce genre se sont multipliés dans les dernières épidémies, à eux sont imputables les cas de mort dans celle que nous a décrite M. Boissarie.

C'est alors que l'inertie du diaphragme et des muscles intercostaux place les malades sous le coup d'une suffocation imminente; ils sont dans un état constant d'oppression, d'essoufflement, d'anhélation, et en outre, à certains moments, des paroxysmes de dyspnée viennent s'y surajouter et faire croire le mort inévitable, elle ne l'est que trop souvent d'ailleurs. Il est hors de doute que ces accidents dyspnéiques sont sous la dépendance directe d'une lésion bulbaire; car, non-seulement les nerfs phréniques, moteurs des muscles respiratoires, sont atteints, mais les pneumogastriques et les autres filets moteurs du cœur sont aussi en cause. Le pouls irrégulier et ralenti; les palpitations, les intermittences cardiaques et les syncopes trop souvent mortelles; enfin, dans un cas que nous avons vu, une dilatation aiguë de l'estomac coexistante nous paraissent des preuves démonstratives des connexions pathologiques qui existent alors entre tous les nerfs émergés du bulbe.

Heureusement ces cas sont les plus rares, et M. Archambault a pu dire, tout récemment, peut-être sans trop d'optimisme, que la proportion de guérison est de plus de neuf sur dix, peut-être de quatre-vingt-dix-huit sur cent.

IV.

Quelle est la *thérapeutique* applicable aux paralysies diphthériques? — Elle ne nous paraît pas aussi difficile à formuler que le dit M. Dieulafoy; mais elle est complexe, en ce sens qu'elle doit évidemment varier suivant les cas particuliers, tout en dérivant d'une ligne de conduite générale.

Hormis les cas réellement foudroyants où la paralysie, expression d'une intoxication diphthérique fruste et suraiguë, revêt d'emblée la forme bulbaire et terrasse les malades, sans qu'on ait même eu le temps d'établir le diagnostic, — tels sont quelques-uns de ceux qu'a décrits M. Boissarie, — on peut admettre que les phénomènes paralytiques sont passagers, parce que les lésions, encore mal connues, des centres nerveux sous la dépendance desquels ils se trouvent, ont une tendance naturelle à la réparation.

Il s'agit donc de parer aux préjudices les plus graves que ces paralysies passagères causent au fonctionnement des appareils indispensables à la vie; il faut, en un mot, permettre au malade de survivre à ses lésions. On y arrivera, d'une part, en soutenant sa nutrition par un traitement tonique, par une alimentation reconstituante; d'autre part, en stimulant son système nerveux; enfin, en faisant fonctionner artificiellement les groupes musculaires privés, passagèrement de l'influx nerveux qui est leur stimulus naturel.

Nous précisons : 1º Si la déglutition est gênée ou impossible, emploi journalier et bi-journalier de la sonde œsophagienne qui permettra d'introduire dans l'estomac les aliments les plus nutritifs sous un moindre volume, des préparations martiales, de l'extrait de quinquina, du café.

2º Comme excitant du système nerveux, strychnine administrée, soit sous forme de teinture de noix vomique en potion à doses progressives, de 10 à 28 gouttes par jour (Archambault), soit en sulfate de strychnine à la dose de 2 à 6 milligrammes.

3º Pour faire fonctionner les muscles paralysés, électricité, *soit sous forme de courants continus* aux quels on reconnaît en général une action trophique, soit sous forme de courants intermittents, pour obtenir la contraction rapide de muscles importants.

Ainsi nous avons la conviction d'avoir avec un de nos collègues, sauvé à plusieurs reprises la vie d'un malade atteint de paralysie diphthérique à forme bulbaire, en intervenant, au plus fort de ses crises de dyspnée et de syncopes, par une électrisation vigoureuse et prolongée du diaphragmes, des intercostaux, du trajet des nerfs phréniques, des régions cervicale et précordiale avec une grande intensité de courant. Chaque fois, le malheureux qui, lorsqu'on arrivait auprès de son lit, paraissait sur le point de succomber, renaissait pour ainsi dire sous l'action de la pile; si bien qu'on avait laissé celle-ci en permanence à son chevet et toute prête à fonctionner.

Simultanément nous pratiquions de petites injections sous-cutanées d'éther, stimulant de premier ordre.

4º Enfin, à l'action de l'électricité on peut ajouter les frictions sur la peau, soit sèches, soit avec un morceau de laine imprégné de vapeurs de benjoin, l'hydrothérapie (Bains de barège, bains de mer, douches froides très courtes).

Quant aux troubles oculaires, on a proposé de leur opposer le collyre suivant :

Sulfate d'ésérine	10 centigrammes
Eau distillée	30 grammes

Grâce à l'emploi de ce moyen ou d'autres analogues, nous pensons que beaucoup de nos confrères auront la satisfaction de guérir, dans le plus grand nombre des cas, leurs malades atteints de paralysies diphthériques.

Paul Gerne.

(1) Gazette des Hôpitaux, 1882.

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Etude critique sur l'hypertrophie du cœur d'origine morale,

par le Docteur Ch. LIÉGEOIS,

de Bainville-aux-Saules (Vosges), lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris, lauréat de l'Académie de médecine.

Van Swieten et Lancisi parlent les premiers de l'hypertrophie du cœur consécutive aux émotions morales vives et aux passions violentes, telles que la colère, la haine, la jalousie; J. Franck, Sénac, sans beaucoup insister sur ce point, reconnaissent que l'hypertrophie du cœur peut se développer à la suite des affections morales; mais c'est surtout Corvisart qui avance que « de toutes les causes, les plus plus puissantes, sans contredit, dans l'étiologie de l'hypertrophie du cœur, sont les affections morales. Les scènes sanglantes de la Révolution, le bouleversement des fortunes, les émotions, les chagrins qui en ont été la suite, ont, dans ces derniers temps, fourni une preuve de l'influence des affections morales sur le développement des maladies organiques en général et de celles du cœur en particulier. »

Desault fait la même remarque; Testa, Kreysig, Hope, soutiennent la même opinion; Bouillaud, dont l'esprit eût dû être absorbé par les affections valvulaires du cœur de cause rhumatismale, Bouillaud qu'on aurait pu croire ennemi de l'hypertrophie cardiaque de cause morale, partage cependant l'opinion de Corvisart relativement à l'influence des causes morales sur l'hypertrophie essentielle du cœur.

Forget, Grisolle, Förster, Friedreich, adoptent cette manière de voir : parmi les causes de l'hypertrophie simple, M. Jaccoud cite les émotions morales.

Maurice Raynaud reconnaît aussi l'influence des causes morales sur la production de l'hypertrophie du cœur avec beaucoup de réticences toutefois : « Ce que l'on ne saurait nier, dit-il, sans fermer les yeux à l'évidence, c'est que les peines, les agitations de l'esprit, les préoccupations de toutes sortes, exercent une influence très fâcheuse sur la marche des maladies du cœur, et que, s'il est contestable qu'elles puissent les créer de toutes pièces, elles peuvent du moins en accélérer le dénoûment funeste. »

Ecoutez plutôt M. Bernheim, défenseur convaincu de l'opinion de Corvisart : « C'est avec raison, je pense, dit-il, que Corvisart attribuait aux passions cérébrales une part prépondérante dans l'étiologie des affections cardiaques, c'est à tort que les auteurs modernes attribuant tout au rhumatisme, ont à peine signalé cette influence comme cause de troubles passagers, tels que palpitations nerveuses et syncopes, mais se refusant à admettre qu'un trouble organique ou fonctionnel persistant puisse en résulter.

On a même contesté que les palpitations, dites nerveuses, pussent aboutir à l'hypertrophie du cœur. Or, s'il est un fait qui me semble bien avéré c'est celui-ci : que les palpitations nerveuses aboutissent à l'hypertrophie cardiaque. Que de fois ai-je observé des hypertrophies qui n'ont pas d'autre origine ? Je vois dans ce moment un homme robuste et vigoureux qui, à la suite de chagrins domestiques, de querelles violentes et passionnées, a des palpitations de cœur avec irrégularité constante dans le rhythme et une hyperthrophie de cet organe dont la pointe bat au 7e espace à deux travers de doigt en dehors du mamelon. Vous avez vu dans nos salles, nombre de maladies du cœur non valvulaires auxquelles, en scrutant les antécédents étiologiques, nous avons inscrit comme causes possibles un tempérament nerveux inné, des chagrins, des passions déprimantes... On verra, dans les observations qui suivent, ces antécédents souvent mentionnés. »

Tous les auteurs dont nous venons de parler pensent que les affections morales accélèrent les battements du cœur et que, de cette accélération, naît l'hypertrophie.

« Le cœur, dit Corvisart, ainsi que tous les autres muscles du corps humain, est susceptible de prendre un accroissement plus marqué, une consistance plus solide, une force plus considérable, par la continuité et surtout par l'énergie plus grande de son action. N'observe-t-on pas, en effet, tous les jours, un développement extraordinaire de tous les muscles du corps chez les portefaix, de ceux du bras chez les forgerons, les boulangers, etc... ? L'exercice pour les muscles extérieurs, l'exercice et l'irritation pour le cœur, sont les causes principales qui font de ces organes un centre de nutrition plus actif et y fixent une quantité plus grande de susbtance nutritive. »

Plus tard, Laënnec renouvelle le même argument : « On sait, dit-il, que l'action énergique et fréquemment réitérée de tous les muscles en augmente notablement le volume, que le bras droit d'un maître d'armes, les épaules d'un porte-faix, les mains de la plupart des ouvriers acquièrent par l'exercice une grosseur disproportionnée à celle des autres parties du corps; et l'on sent, par conséquent, que les palpitations nerveuses ou occasionnées par des affections morales, peuvent, lorsqu'elles reviennent trop fréquemment, déterminer à la longue un véritable accroissement de nutrition du cœur. »

Et, cependant, plus loin, Laënnec semble se contredire : « On pense communément, dit-il, que les palpitations nerveuses, supposant un excès d'action habituel du cœur, doivent, à la longue, entraîner l'hypertrophie de cet organe. Je ne nie point que cela puisse être, mais je dois dire que je n'ai rien vu qui prouve que cette opinion soit fondée. Je connais des personnes qui éprouvent, depuis plus de dix ans, des palpitations habituelles sans qu'il existe chez elles aucun signe réel d'hypertrophie. »

Monneret pense que le système nerveux, par les palpitations qu'il provoque, fait contracter le

viscère plus souvent et d'une manière plus énergique et y appelle plus d'éléments nutritifs.

Michel Lévy dit justement en parlant du cœur, qu'un organe modifié dans son action finit par l'être dans sa nutrition.

Autre n'est point l'opinion de M. Jaccoud : « L'activité exagérée d'une fonction, dit le savant professeur, constitue, pour l'organe qui en est le siège, une manière d'être anormale, désignée sous le nom *d'irritation fonctionnelle*; quand elle est accidentelle et temporaire, l'irritation foctionnnelle n'est accompagnée d'aucune modification dans la structure de l'organe, mais si elle est habituelle et persistante, elle entraîne une suractivité proportionnelle dans la nutrition du tissu affecté ; l'irritation fonctionnelle amène l'irritation nutritive. Celle-ci peut, à la longue, intéresser tous les éléments de l'organe, mais elle débute et demeure prépondérante dans ceux qui accomplissent directement la fonction altérée; ainsi, dans les organes musculaires, ce sont les fibres contractiles qui subissent un développement excessif en volume et en nombre; les éléments conjonctifs interposés peuvent ultérieurement prendre part à cet accroissement, mais c'est là un fait contingent et secondaire. Cet état organique est la caractéristique de l'hypertrophie du cœur, laquelle peut être définie une irritation nutritive d'origine fonctionnelle..... L'action exagérée du cœur peut être le résultat d'un trouble de l'innervation et le processus hypertrophique qui en est la suite est l'analogue des hypertrophies musculaires, dites professionnelles, observés chez les danseurs, les boulangers, les coureurs, etc. »

Voilà ce qu'on a dit de *l'hypertrophie cardiaque d'origine morale*; voilà précisément ce que nous ne saurions admettre, nous allons nous en expliquer.

A mon humble avis, M. G. Sée ne s'est point trompé quand il a soutenu que, dans les palpitations morales, le travail effectué par le cœur n'est nullement augmenté — qu'il est seulement réparti d'une autre façon — que les impulsions, quoique plus nombreuses, sont chacune moins énergiques qu'à l'état normal — que le cœur a divisé son travail, mais n'a pas travaillé davantage — que les phénomènes, par conséquent, sont très différents de ceux qui s'observent chez l'individu soumettant ses muscles à un travail effectif et exagéré.

« En outre, ajoute l'éminent clinicien, l'augmentation d'intensité des bruits du cœur ne prouve nullement que la force d'impulsion soit plus grande, et il semble, au contraire, que c'est dans les cas où le cœur est le plus faible que les palpitations sont le plus fortes; c'est, en effet, dans la dilatation de cet organe que l'on entend le mieux les palpitations, et, cependant, les contractions ne sont pas, en pareil cas, plus énergiques. Ainsi, dans les palpitations nerveuses, l'impulsion cardiaque est plutôt affaiblie qu'exagérée et rien ne démontre que l'hypertrophie puisse en être la conséquence; tout au plus comprendrait-on que, dans le cas de palpitations incessantes, le cœur finisse par s'user et puisse se dilater ou devenir graisseux. Mais c'est encore une hypothèse qui ne peut être guère vérifiée que par les faits, car la dégénérescence graisseuse, la dilatation du cœur donnent lieu, par elles-mêmes, à des palpitations et lorsque ces lésions sont rencontrées à l'autopsie, il est difficile de déterminer si elles sont primitives ou consécutives, il en est de même lorsque l'on trouve une hypertrophie chez un individu qui a eu pendant longtemps des palpitations, celles-ci peuvent à bon droit être considérées comme symptomatiques de la lésion cardiaque. »

Ailleurs encore, M. G. Sée conteste de nouveau que l'hypertrophie soit le résultat de palpitations nerveuses. « Cette théorie, dit-il, se fonde sur l'observation des phénomènes qui se passent dans un muscle travaillant outre mesure, mais la comparaison n'est pas exacte, le biceps augmente de volume lorsqu'il produit une somme de travail plus considérable à la condition toutefois qu'il fasse un travail effectif; s'il se contracte sans but utile, s'il se meut pour ainsi dire dans le vide, il n'y a pas de raison pour qu'il s'hypertrophie, il en est de même du cœur. Nous avons déjà dit que dans les palpitations, il n'y a pas une exagération de l'action du cœur, mais seulement une répartition vicieuse de l'activité de cet organe. »

M. G. Sée fait aussi remarquer qu'on a pu confondre l'hypertrophie du cœur avec la dilatation si fréquente sous l'influence des conditions nerveuses, il est possible, ajoute-t-il encore, que si le cœur se vide plus facilement, les résistances qu'il éprouve dans sa locomotion soient amoindries, et l'on conçoit qu'il y ait ainsi une augmentation apparente de l'impulsion. Trousseau, du reste, avait depuis longtemps observé que l'exagération de la matité précordiale en étendue, laisse croire, mais à tort, à l'hypertrophie. C'est que, comme il le dit fort exactement, il y a dans la région cardiaque deux sortes de matités : l'une *absolue* qui est à peu près de 4 à 5 centimètres carrés à l'état physiologique, l'autre *relative* qui circonscrit la matité absolue et qui peut varier à l'infini, suivant les rapports du cœur avec le poumon, suivant la gêne de la circulation, suivant le plus ou moins d'épaisseur et de densité des parois thoraciques. La matité relative peut mesurer 10, 12, 13, 14 centimètres dans le sens transversal, et 8, 10, 12 centimètres dans le sens vertical. Et, à l'appui de ses assertions, Trousseau cite un cas où plusieurs observateurs étaient d'avis différent sur l'existence de l'hypertrophie cardiaque, lorsque M. Bouillaud affirma que la matité réelle, absolue, n'était point augmentée et qu'il n'y avait point hypertrophie du cœur.

Nous adoptons, sans aucune réserve, l'opinion de M. G. Sée : avec lui, nous pensons que l'hypertrophie du cœur ne saurait être le résultat de son hyperactivité fonctionnelle, et, aux arguments sérieux invoqués par ce judicieux clinicien, nous nous permettrons d'en ajouter d'autres.

Oui, M. G. Sée le dit avec beaucoup de raison, l'exagération du travail du cœur n'est qu'apparente. Et, en effet, Donders et Baxt ont démontré que lorsque le cœur est livré à l'action unique, à la merci des nerfs accélérateurs, la systole cardiaque est raccourcie, plus brève; M. François

Franck a prouvé ensuite que, dans ce cas, la durée de la diastole est diminuée. Si l'on consulte les tracés volumétriques du cœur publiés par ce dernier, et le gonflement systolique, lorsque le cœur est soumis à l'action du sympathique seul, on remarque que plus la diastole est courte, que moins il y a de sang dans les cavités, plus brève est la systole.

Ajoutons aussi avec Baxt, Donders, François-Franck, que cette diminution de la systole et de la diastole coïncide avec l'abaissement ou le *statu quo* antérieur de la pression artérielle, puisque la systole envoie peu de sang à l'artère. La pression artérielle s'abaisse, le cœur n'a pas à lutter contre une pression artérielle forte, pourquoi donc s'hypertrophierait-il ? L'accélération du cœur, la conclusion me paraît naturelle, n'implique pas une augmentation de travail de l'organe.

D'autre part, pour que l'accélération du cœur sous l'influence de causes morales fût susceptible d'hypertrophier l'organe, il faudrait que la diastole fût un phénomène actif. Il est vrai que Gavet et Drake admettaient que le cœur est actif seulement pendant sa dilatation. Mais, pour asseoir solidement cette manière de voir, il faudrait mettre réellement en évidence des fibres rayonnantes ou autres qui auraient pour effet de dilater les cavités du cœur.

Carpentier a voulu sortir de ce mauvais pas en disant qu'il existe dans le tissu du cœur deux forces opposées,dont l'une éloigne les parties constituantes des fibres et produit ainsi la dilatation. Cette idée est contredite par ce que l'on sait des propriétés physiologiques du tissu musculaire. Haller, qui n'admettait point la dilatation active, faisait remarquer que le cœur en diastole est dans le même état qu'au moment où la vie vient de le quitter ; or, dans le cœur à l'état de mort, aucune fibre n'est en activité, il doit donc en être de même dans la diastole.

Bérard, qui n'acceptait pas non plus l'existence de fibres dilatatrices, expliquait le retour des cavités du cœur à leur état primitif après la systole : 1° par la pression qui règne dans l'ensemble de l'appareil circulatoire, pression qui dilatera les oreillettes ou les ventricules dès que leurs parois cesseront de se contracter, 2° par l'élasticité du poumon, qui, étant sans cesse écarté de sa forme naturelle, exerce par cela même une traction sur les parois de la poitrine et sur les organes creux qui y sont renfermés.

MM Chauveau et Arloing se prononcent aussi en faveur de la passivité de la diastole : pour eux, elle ne consiste pas, à proprement parler, en une dilatation des cavités du cœur, mais simplement dans le retour de ces cavités à leurs dimensions premières quand finit leur contraction. Ils s'appuient aussi, pour prouver la passivité du phénomène, sur l'état électrique du cœur pendant la diastole, sur la manière dont il se comporte avec les excitants galvaniques.

Or, s'il n'existe pas de fibres dilatatrices diastoliques, et si la diastole est purement passive, il n'y a guère lieu de chercher dans une diastole active répétée la cause de l'hypertrophie du cœur.

Mais, dira-t-on, on peut la faire dépendre d'une systole fréquemment renouvelée. C'est ici que je tiens à procurer le peu de valeur du raisonnement de ceux qui veulent à tout prix comparer le cœur, répétant très fréquemment sa systole, avec le muscle de l'ouvrier répétant sans cesse ses mouvements. Cette comparaison serait acceptable si le cœur ressemblait au point de vue anatomique, aux muscles volontaires ; mais une pareille ressemblance n'est rien moins que prouvée. En effet, les fibres, striées du cœur diffèrent de celles des autres muscles rouges : 1° par leur diamètre moins considérable, 2° par les anastomoses perpendiculaires ou obliques qu'elles jettent sur leurs voisines, 3° par leur striation longitudinale plus nettement marquée, 4° par l'extrême minceur et peut-être l'absence (Ch. Robin) du sarcolemme, 5° par les fines granulations graisseuses qui les remplissent et leur donnent un aspect noirâtre sous le microscope, 6° par l'absence de fasciculation. Voilà, j'espère, des différences notables.

MM. Chauveau et Arloing, tout en admettant la grande analogie qui existe entre les phénomènes mécaniques et électriques du muscle cardiaque et ceux des autres muscles volontaires, n'hésitent pas à dire que le cœur paraît s'éloigner des muscles volontaires par ses mouvements, ceux-ci se succédant sans relâche en dehors de l'influence de la volonté ou du système nerveux central.

Le cœur diffère encore des muscles volontaires en ce qu'il tend, comme le dit M. Marey, vers un état de contraction sans jamais l'atteindre, les secousses restant toujours incomplètement fusionnées, semblables à celles des muscles des vieillards atteints de tremblement sénile. « On conçoit, du reste, disent MM. Chauveau et Arloing, qu'une contraction parfaite et permanente eût été incompatible avec le jeu intermittent du cœur. »

MM. Chauveau et Arloing, en interprétant les expériences de M. Marey, font remarquer aussi que la secousse n'étant qu'un élément de la contraction, il devient dès lors impossible d'assimiler la systole à la contraction des muscles ordinaires, et que, si les tracés d'une systole du cœur et d'une secousse d'un muscle volontaire se ressemblent quant à la forme, ils diffèrent quant à la durée qui est environ 8 ou 10 fois plus grande pour la systole. Enfin, tout récemment, M. Ch. Livon, étudiant la contraction rhythmique des muscles sous l'influence de l'acide salycilique, a montré que, s'il y a analogie entre le cœur et les muscles soumis à la volonté, il y a cette différence que le cœur présente des contractions rhythmiques toujours égales, tandis que celles des muscles vont en diminuant, que, par conséquent, dans ceux-ci, la réparation, tout en se faisant aussi vite, n'est pas aussi complète, probablement parce qu'ils ne possèdent pas un appareil ganglionnaire semblable à celui du cœur, ainsi que le suppose M. Ch. Richet pour le muscle de la pince de l'écrevisse. Nous venons donc de démontrer que, dans les palpitations d'ordre psychique, chaque impulsion étant moins

énergique qu'à l'état normal, le travail du cœur n'est pas en réalité augmenté, que la véritable hypertrophie cardiaque est caractérisée par la *matité absolue* de la région précordiale, souvent confondue, même par d'habiles cliniciens, avec la *matité relative* de la même région; que, dans les palpitations de cause morale, la systole et la diastole cardiaques sont plus brèves, le gonflement systolique et diastolique moins considérable; que la diastole, du reste, est un phénomène purement passif et qu'il est impossible de comprendre l'hypertrophie du cœur dans ce temps de la révolution cardiaque, que la systole ne saurait s'accompagner d'hypertrophie puisqu'elle est plus courte qu'à l'état normal et que, par cela même, elle tend à abaisser la pression artérielle, conséquence qui est loin de favoriser l'hypertrophie du cœur, enfin, que la comparaison entre le muscle de l'ouvrier et le muscle cœur est des plus inexactes.

Telles sont les raisons qui me font dire que l'hypertrophie du cœur n'est point la conséquence obligée des palpitations d'ordre psychique, en un mot, *qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecine et Pharmacie.

Monsieur le Dr Cézilly, directeur du *Concours médical*,

Un de vos adhérents, M. S. officier de santé (nº 906), m'a fait l'honneur de m'écrire pour me demander mon avis sur une question qu'il formule ainsi :

« Dans le cas cas où le pharmacien d'une localité déclare ne pouvoir se procurer les médicaments indiqués à plusieurs reprises par le médecin sur ses ordonnances, le médecin serait-il repréhensible de délivrer lui-même ces médicaments et quels sont ses droits vis-à-vis du pharmacien ? »

J'ai préféré répondre par la voie du journal plutôt que par une lettre particulière, parce qu'il m'a paru que la question, qui doit se présenter assez fréquemment dans la pratique, offre un réel intérêt pour les membres du *Concours médical.*

Tout d'abord, le cas ne me paraît pas prévu par aucune loi, et je ne trouve rien dans la jurisprudence qui puisse laisser supposer qu'il ait été soumis aux tribunaux.

Supposons donc une poursuite exercée par les pharmaciens contre le médecin de leur localité qui, n'ayant point trouvé chez eux les médicaments par lui prescrits, s'est résolu à les délivrer lui-même à son malade.

Sur quoi s'appuiera la prévention? Y aura-t-il délit d'exercice illégal de la pharmacie?

Les pharmaciens s'appuieront sur l'art. 6 de la Déclaration du Roi du 25 avril 1777 (encore en vigueur ; voilà des lois qui ont la vie dure !) ainsi conçu :

« Défendons aux épiciers et à toutes autres per-
« sonnes de fabriquer, vendre et débiter aucuns
« sels, compositions ou préparations entrantes
« au corps humain, ni de faire aucune mixture
« de drogues simples pour administrer en forme
« de médecine, sous peine de 500 livres d'amende
« et plus grandes s'il y échoit. »

Mais le médecin peut invoquer une hypothèse prévue par la loi, et qui présente une frappante analogie avec le cas qui nous occupe : c'est celle des médecins établis dans un bourg, village ou commune, où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, qui, aux termes de l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, sont autorisés à « fournir des médicaments simples ou composés « aux personnes près desquelles ils seront appelés, sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

Voilà le pour et le contre.

Quelle doit être la solution?

A mon avis, il ne saurait y avoir prévention fondée de délit contre le médecin. Il manquerait tout d'abord au prétendu délit, ce qui est la base essentielle de tout délit : l'intention frauduleuse.

Le texte de cette bonne vieille loi de 1777 peut ne pas être *littéralement* respecté; mais l'intention du législateur nous paraît suffisamment indiquée dans l'art. 27 de la loi de germinal an XI.

On devrait donc, à mon sens, assimiler entièrement au cas prévu par ce dernier article celui sur lequel porte la demande de M. S.

Le Conseil judiciaire, L. Oudin.

Les pharmaciens ne sont strictement tenus qu'à avoir les substances inscrites au Codex.

Quant aux marques spéciales dont ils seront dépourvus, le médecin doit leur donner le temps suffisant pour s'en pourvoir, après qu'ils ont été avisés.

Voici, d'ailleurs, un jugement sur la matière.

* * *

Cour de Paris. Jugement. — (Ch. temp. jugeant correctionnellement). — Présidence de M. Violas. — Audience du 18 février 1882.

Exercice illégal de la pharmacie. — Médecin vendant des remèdes. — Pharmacien partie civile. — Renvoi. — Appel. — Condamnation.

Les dispositions de l'article 36 de la loi du 12 germinal an XI, défendant de débiter ou distribuer des drogues et préparations médicamenteuses à toutes personnes autres que les pharmaciens dans les lieux où il en existe ayant officine ouverte, sont générales et absolues.

Elles n'admettent d'autre exception que celle écrite dans l'article 27 de la même loi, relative aux officiers de santé, et si cette exception doit s'étendre aux médecins, c'est toujours à la condition qu'il n'existe pas, dans

la localité de pharmacien tenant une officine ouverte.

Il s'agit d'une rivalité de pharmacien à médecin, ou plutôt d'officier de santé à docteur, et dans une petite ville encore... On juge si ce doit être acharné et féroce. Aussi tous les degrés de juridiction vont-ils être saisis de la poursuite qui en est résultée, mais nous n'en sommes qu'au second degré, et voici les décisions rendues dans l'affaire, qu'elles suffiront amplement à faire connaître dans tous ses détails.

Le 27 octobre 1881 le Tribunal de Chartres rendait le jugement suivant :

Le Tribunal,

Attendu que Bidault a demandé acte de son intervention dans la cause comme partie civile;

Reçoit en la forme Bidault intervenant comme partie civile ;

Au fond,

Attendu que par ordonnance de M. le juge d'instruction près ce tribunal, en date du 29 septembre dernier, Guillemin a été renvoyé devant le Tribunal correctionnel, sous la prévention d'avoir à Auneau, depuis moins de trois ans, et notamment au cours de l'année 1881, à diverses reprises, débité au poids médicinal des drogues et préparations médicamenteuses dans un lieu où il y a une pharmacie ayant officine ouverte ;

Mais attendu qu'il est constant que la pharmacie d'Auneau, soit sous l'exercice de Bidault, soit sous l'exercice de son successeur Turpin, était mal tenue ou insuffisamment approvisionnée; qu'il a été constaté à plusieurs reprises que les médicaments les plus usuels y faisaient défaut; que Bidault modifiait les ordonnances des médecins, substituant aux médicaments prescrits d'autres substances inefficaces ou même nuisibles, qu'il s'absentait fréquemment, tenant sa pharmacie close ou laissait à une femme de service le soin de servir la clientèle; que dans de telles conditions la pharmacie d'Auneau ne peut être considérée comme une officine *ouverte* dans le sens de cette expression;

Par ces motifs, renvoie purement et simplement le prévenu Guillemin des fins de la plainte portée contre lui;

Déboute Bidault de sa demande en dommages-intérêts et le condamne en tous les dépens.

Sur appel du ministère public et de la partie civile, l'affaire est revenue devant la Cour. Les conclusions suivantes ont été déposées au nom de Bidault :

Plaise à la Cour,

Attendu que Bidault, pharmacien diplômé, tient à Auneau une officine de pharmacie,

Que, Guillemin, officier de santé, non diplômé comme pharmacien, a, depuis moins de trois ans, fabriqué, débité et vendu des médicaments dans la commune d'Auneau;

Qu'aux termes de l'article 27 de la loi organique de la pharmacie du 21 germinal an XI, les officiers de santé n'ont exceptionnellement le droit de fournir des médicaments aux malades, près desquels ils sont appelés, que dans les communes où il n'existe pas de pharmacie ouverte;

Que Bidault a pharmacie ouverte à Auneau,

Que cependant le jgement, dont est appel, a relaxé Guillemin de la poursuite, sur ce motif que la pharmacie Bidault serait si mal tenue qu'elle doit être considérée comme non ouverte ;

Que Bidault proteste contre cette allégation;

Mais que, fut-elle vraie, le Tribunal n'avait pas à considérer la bonne ou mauvaise tenue de l'officine, dont la fermeture n'a été ni provoquée, ni prononcée en justice;

Que, de plus, l'existence de l'officine a été formellement reconnue par le Tribunal lui-même, qui, par jugement du 6 juillet 1881, en a confié l'administration à Bidault après la mort du sieur Turpin;

Par ces motifs,

Dire que Bidault a officine ouverte à Auneau;

Infirmer le jugement dont est appel, et, ce faisant,

Dire que Guillemin s'est rendu coupable de la contravention de l'exercice illégal de la pharmacie ;

Sur les réquisitions du ministère public,

Lui faire application des art. 25 de la loi du 21 germinal an XI et VI de la déclaration du roi du 25 avril 1777.

Et sur la demande de la partie civile,

Le condamner en 3,000 francs de dommages-intérêts et en tous les dépens de première instance et d'appel.

La Cour, sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Bernard, et après les plaidoiries de M Fourchy, défenseur du prévenu, et Me Bogelot, avocat de Bidault, a rendu l'arrêt suivant :

La Cour,

Considérant que depuis nombre d'années, il existe à Auneau un pharmacien ayant officine ouverte, aujourd'hui tenue par le sieur Bidault, reçu officier de santé, ancien propriétaire de ladite pharmacie, lequel a été proposé en qualité de gérant judiciaire, par jugement du tribunal de Chartres, rendu le 6 juillet 1881,

Considérant qu'il était établi par l'information et les pièces du procès, que le docteur Guillemin se livre à l'exercice de la pharmacie, que ce fait devenu constant par les dépositions de nombreux témoins, notamment des sieurs Jobineau, Boussigné, Landes, Cabaret, Ménard, veuve Carré et autres ; que tantôt les clients viennent chercher les médicaments chez le docteur Guillemin à Auneau, que d'autres fois, il les leur remet dans le cours de ses visites et, qu'à cet effet, sa voiture est munie d'un coffre renfermant les médicaments à livrer;

Considérant qu'un procès-verbal du juge de paix d'Auneau, en date du 1er septembre 1881, a constaté au domicile du docteur Guillemin la réunion d'une grande quantité de médicaments, dont plusieurs spécimens ont été saisis ;

Considérant, au surplus, que le docteur Guillemin ne méconnaît point le fait de vente de produits ou préparations pharmaceutiques; qu'il prétend, au contraire, avoir usé d'un droit en présence de l'insuffisance ou de la qualité défectueuse des approvisionnements de la pharmacie Bidault, ou des abus qu'il allègue, comme en ayant éloigné la clientèle; qu'enfin il n'y aurait, à proprement parler, d'officine ouverte à Auneau dans le sens de la loi ;

Mais considérant qu'il est interdit par l'article 36 de la loi du 21 germinal de l'an XI de débiter ou distribuer des drogues et préparations médicamenteuses à toutes personnes autres que les pharmaciens, dans les lieux où il en existe ayant officine ouverte ;

Considérant que les conditions prohibitives de la loi sont générales et absolues ; qu'elles n'admettent d'autre exception que celle écrite dans l'article 27 de la même loi relative aux officiers de santé ; que si cette exception doit s'étendre aux médecins, c'est toujours à la condition qu'il n'existe pas dans la localité de pharmacien tenant une officine ouverte comme à Auneau;

Que les abus signalés par le Dr Guillemin, fussent-ils prouvés, ne sauraient légitimer les faits qui lui sont reprochés, tant que la pharmacie existe, ayant, aux termes de la loi officine ouverte;

Que c'est donc à tort que le jugement, dont est appel a relaxé le docteur Guillemin des fins de la plainte,

Considérant que ces faits constituent la contra-

vention prévue et réprimée par la loi du 29 pluviôse de l'an XIII ;

Quant aux dommages-intérêts conclus par la partie civile;

Considérant que Bidault ne justifie pas que les faits reconnus constants lui aient occasionné un préjudice appréciable dont il lui soit dû réparation ;

Qu'il y a lieu dès lors, de rejeter cette demande ;

Par ces motifs,

Réformant le jugement du Tribunal correctionel de Chartres en date du 27 octobre 1881, et faisant au Dr Guillemin application des dispositions de loi susvisées, le condamne à 25 fr. d'amende et aux dépens de première instance et d'appel ;

Statuant sur les conclusions de la partie civile,

Rejette la demande en dommages-intérêts comme non justifiée,

Condamne Bidault aux dépens, sauf son recours contre Guillemin.

REVUE ÉTRANGÈRE

Revue des journaux Américains.

Diabète sucré aigu. — Nous pourrions dédier au Dr Verneuil l'article suivant qui a quelque rapport avec la question actuellement en litige devant l'Académie de médecine, et qui semble confirmer les vues de notre éminent professeur sur les *rapports existant entre l'impaludisme et le diabète sucré*. — Le Dr *G. Harley* déclare, dans un travail sur « l'urine et ses modifications, » qu'il y a certaines formes de diabète qui pourraient être désignées sous les noms de *diabète sucré aigu* et de *diabète sucré intermittent*; et d'après un rapport du Dr *Noble*, imprimé dans le *British medical journal, du 17 janvier* 1863, il cite brièvement deux cas de diabète aigu : l'un chez un jeune garçon de 17 ans qui mourut trois jours après qu'on eût reconnu sa maladie, quelques semaines seulement après les premiers signes d'indisposition; l'autre chez une jeune fille qui mourut dix jours après qu'on eût diagnostiqué son affection.

— N'avait-on pas affaire à des fièvres pernicieuses accompagnées de diabète?

L'histoire de ces deux observations pourrait sans doute nous l'apprendre. Les cas dans lesquels la maladie a parcouru toutes ses phases avec une si effrayante rapidité étant rares dans les annales de la science, il ne sera pas sans intérêt de lire les détails de l'observation suivante, faite par le Dr *Georges Welch*, de Keyport (N.-J.), et dans laquelle cette affection se termina fatalement en soixante heures.

« M. C. jeune homme de 32 ans, qui pesait en bonne « santé 108 kilog. vint me demander une consultation « chez moi dans l'après-midi du 8 décembre. Il se plai- « gnait de fièvre pernicieuse (malaria), pour laquelle il « me dit avoir pris de la quinine sans succès. Il était déjà « épuisé, disait-il; sa langue était sèche et rude comme « une râpe; il avait une soif inextinguible. Il avait toujours « joui d'une excellente santé, lorsque, sans cause appa- « rente, il y a trois semaines, il s'aperçut qu'il urinait « beaucoup plus copieusement que de coutume et qu'il « était obligé d'absorber de grandes quantités de liquides. « En quinze jours, son poids diminua de plus de 10 kilogr. « son appétit ne l'avait jamais quitté, sauf depuis deux « jours, après une superpurgation occasionnée par un « drastique puissant qu'il avait pris pour combattre une « constipation opiniâtre.

« Son haleine a l'odeur du foin. Il me déclare que s'il « arrive qu'une goutte d'urine tombe ou rejaillisse sur « son pied ou sur ses vêtements, elle laisse, en séchant, « une petite tache blanche. J'examine son urine, et je « trouve un poids spécifique de 1040. La liqueur de « Fehling décèle une grande quantité de sucre, dont le « microscope me montre ensuite des cristaux abondants. « Pendant qu'il est dans mon cabinet, mon patient me « paraît être dans les plus mauvaises conditions : la peau « chaude et sèche, le cœur battant violemment; avec cela, « nausées, constipation, diurèse excessive. Il me dit avoir « uriné au moins onze litres dans les dernières 24 heures. « Je lui enjoins de retourner chez lui et d'y rester, pour « suivre le traitement que je lui prescris : traitement « des symptômes, toniques, acides, etc; je lui promets de « le voir le lendemain matin.

« Durant la nuit, il prit beaucoup de glace, il ren- « dit environ une pinte d'urine toutes les heures jusqu'à « trois heures du matin, heure laquelle il me fit appeler « en toute hâte. Je le trouvai vomissant et respirant « avec difficulté, la poitrine oppressée et l'esprit consi- « dérablement affaissé. Je modifiai quelque peu mes « prescriptions et je parvins à améliorer un peu son état. « Je le vis de nouveau à 9 h. du matin, et je m'assurai « qu'il prenait bien toutes les heures les médicaments in- « diqués. Il se trouvait mieux et n'avait plus uriné autant. « A deux heures du soir, les docteurs Arrowsmith et Hodg- « son furent appelés en consultation avec moi. A notre « arrivée, nous trouvâmes le patient dans le coma le plus « profond, et nous ne pûmes l'en faire sortir, ni par le « galvanisme, ni par les révulsifs, ni par les injections « hypodermiques. Il mourut dans cet état; et l'on n'avait « diagnostiqué sa maladie que soixante heures aupara- « vant. — Tout médecin intelligent verra que, dans un « cas devenu grave si rapidement, à peine a-t-on pu « employer un seul des remèdes appropriés au dia- « bète sucré. L'appétit ayant totalement disparu, il était « inutile de songer aux moyens diététiques, et hormis « les acides, les toniques et analeptiques, usités en pa- « reille circonstance, il n'y eut réellement pas le temps « d'instituer un traitement, que la mort était déjà arri- « vée.» (*Tiré du Médical Record*).

New-York, 24 *décembre* 1881.

* * *

L'éponge-greffe. — C'est le Dr *Hamilton*, d'Edimbourg, qui a donné ce nom à une nouvelle méthode d'autoplastie. Tous les chirurgiens savent aujourd'hui avec quelle facilité se résorbent les ligatures de catgut qu'on est quelquefois obligé de laisser séjourner dans l'intérieur des plaies; c'est du reste grâce à la facilité et à la rapidité de leur résorption que ces sortes de ligatures (cordes de boyaux, ou cordes faites avec d'autres membranes animales) sont aujourd'hui employées de préférence dans la plupart des opérations chirurgicales. — Est-ce également parce que le tissu de l'éponge se rapproche des tissus animaux, qu'il peut ainsi servir à combler des lacunes produites par l'excision d'une tumeur, ou toute autre perte de substance? Il n'en est pas moins vrai que le Dr Hamilton emploie avec succès cette méthode pour combattre les difformités qui résultent d'une perte de substance considérable après opération. Il introduit dans la plaie une éponge préparée

d'après la méthode antiseptique; et cette éponge ne tarde pas à s'organiser de proche en proche à la manière des tissus vivants; elle s'incruste, pour ainsi dire, de matière animale et elle finit par participer à la vitalité de l'organisme dans lequel elle a été introduite. Personne ne peut préjuger encore, à l'heure qu'il est, les résultats plus ou moins heureux de cette découverte, mais il est certain qu'au premier abord ils paraissent séduisants. La seule objection qu'on ait faite jusqu'ici, c'est que cette éponge demande, pour s'organiser entièrement, un temps relativement assez long. Ainsi, une éponge, qui été placée dans l'abdomen pour remplir une cavité produite par l'ablation d'une tumeur, ne s'organisa, dans l'espace des dix premiers jours, que sur une étendue de trois à six millimètres; car il arrive ordinairement qu'un point s'organise plus rapidement qu'un autre; en sorte que dans une plaie un peu large, une partie de l'éponge peut s'organiser complètement en un mois, et l'autre partie demander six semaines, ou même davantage.

Quoi qu'il en soit, la nature ou plutôt l'espèce de l'éponge, sa composition, son mode de texture, et son mode de préparation, devront être soigneusement étudiés si l'on veut arriver à de sérieux résultats dans l'application de cette nouvelle méthode de restauration *autoplastique*, ou mieux *hétéroplastique*. (1)

(*D'après le médical and surgical. Reporter. — Philadelphie*, 17 *octobre* 1881.)

* * *

Acide trichloroacétique comme réactif de l'albumie des urines. L'un des moyens les plus sûrs et les plus rapides de démontrer l'albumine des urines, c'est le suivant, employé par *A. Raabe*, pharmacien allemand, et décrit par le journal américain « *New-Remedies* » Verser dans une éprouvette un centimètre cube environ de l'urine à examiner, préalablement filtrée si elle n'est pas claire; ajouter un mince fragment d'acide trichloroacétique cristallisé, et, sans agiter l'éprouvette, laisser dissoudre pendant quelques secondes. L'acide dissous descend bientôt au fond de l'éprouvette, et sur la ligne de contact des deux liquides apparaît aussitôt une zone floconneuse bien distincte et nettement marquée: c'est l'albumine.

Le grand avantage de cette méthode, c'est que le réactif est employé sous la forme solide, et qu'il est par cela même facilement transportable. Ainsi, deux petites éprouvettes, l'une pour faire l'essai, l'autre contenant quelques cristaux d'acide, peuvent très bien trouver leur place dans une trousse ordinaire; et c'est tout ce qu'il faut pour l'analyse en question, si l'urine est claire sinon, il faudrait, en outre, un peu de papier à filtrer et un petit entonnoir. — Un autre grand avantage consiste dans l'excessive sensibilité de ce réactif, qui ne donne jamais de précipité avec l'urine normale. Seulement, si l'urine est riche en urates, il peut se produire une légère apparence nuageuse *dans toute la masse liquide* (et non plus seulement au point de contact), et ce léger trouble disparaît rapidement en plongeant l'éprouvette dans l'eau chaude; ce qui n'arrive pas lorsque l'urine contient de l'albumine.

Des expériences comparatives ont été faites avec l'acide nitrique, l'acide métaphosphorique (récemment préconisé par Hinderlang), et l'acide trichloroacétique. L'urine examinée dans ces trois séries d'expériences, était la même, et contenait 0,295 0/0 d'albumine, on la dilua dans l'eau distillée suivant des proportions variant de 10 à 250 cent. cubes d'eau pour un centimètre cube d'urine.

Les trois réactifs ne donnent à peu près les mêmes résultats que jusqu'à 30 cent. cubes d'eau pour un d'urine. A partir de 40, l'acide métaphosphorique ne fait apparaître qu'un léger nuage, et sa réaction devient nulle si l'on a mélangé un cent. cube d'urine avec 50 cent. cubes d'eau distillée. A partir de 1 0/0 l'acide nitrique lui-même n'occasionne plus qu'un peu de trouble dans la liqueur; à partir de 1 p. 150, ses effets se font attendre un certain temps, et si le mélange est fait suivant la proportion de une partie d'urine pour 200 d'eau distillée, l'acide nitrique ne peut plus rien décéler. Quant à l'acide trichloroacétique, on peut porter la proportion d'eau jusqu'à 250, pour une partie d'urine, ses effets sont encore aussi nets, aussi évidents, que dans la première expérience faite avec une partie d'urine pour 10 seulement d'eau distillée. Il résulte de là que l'acide trichloroacétique est de beaucoup le plus sensible et le plus avantageux, et en même temps le plus commode des réactifs de l'urine albumineuse.

New-Remedies, New-Yorck. Déc. 81.

POMBOURQ.

(1) Lorsque, pour pratiquer une hémosthas prolongée, on est obligé de laisser à demeure une éponge dans une plaie — ou dans le canal médullaire d'un os, après une amputation, M. le professeur Verneuil, recommande de ne pas abandonner trop longtemps l'éponge en place, sous peine de ne pouvoir la retirer ensuite, car les bourgeons charnus pénètrent dans les pores de l'éponge qu'il devient bientôt impossible d'enlever autrement que par morceaux.

Il semblerait donc dans ce cas, non pas que l'éponge devienne partie intégrante de l'économie, mais que par sa constitution, elle présente aux bourgeons charnus une sorte de réceptaole poreux dans lequel ils ne tardent pas à s'engager. L'éponge agirait-elle ensuite comme corps étranger, ou seraitelle susceptible de résorption comme le catgut? Toute la question est là. Or, on sait que l'oubli d'une éponge dans une plaie a déjà causé des accidents mortels

(*Note de la rédact.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Très-honoré confrère et cher directeur,

Il est utile de donner aux lecteurs du *Concours* des nouvelles de la *commision générale des syndicats*. Beaucoup d'entre eux attendent, en effet, la publication de son travail, pour se mettre à l'œuvre; leur attente ne sera pas de longue durée. Nous les prions cependant de nous faire crédit de quelques semaines encore. Le travail préparatoire est complètement terminé et est successivement transmis aux membres de la commission pour recevoir leurs observations. Aussitôt qu'il m'aura fait retour, j'y introduirai les modifications jugées nécessaires, et je l'adresserai au *Concours*, ainsi qu'il est convenu.

Nous somme persuadé qu'il sera d'une grande utilité pour tous ceux qni voudront organiser de nouveaux syndicats et qu'il leur évitera au moin, une grande partie des ennuis et des difficultés du début, qui sont toujours les plus considérables, etc.

Je vous adresse également ci-incluse, l'adhésion d'un jeune confrère le Dr B. de Saint-A. (Dordogne). J'ai la certitude que beaucoup d'autres nous viendront bientôt: il suffit que l'inpulsion soit donnée.

Bien à vous. Dr BARAT-DULAURIER.

(*le* 28 *février* 1882.) Ex. Interne des hopitaux. de Paris

NECROLOGIE.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr *Merlin*, membre du *Concours médical*, décédé à Gray, le 14 février, dans sa 63me année.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

18 Mars 1882 — 4me Année. — N° 11

SOMMAIRE

BULLETIN

La discussion sur le chloroforme et la chloroformisation a occupé une grande partie de la dernière séance de l'Académie et paraît devoir en occuper encore quelques autres. Malgré les efforts auxquels tous se livrent pour faire une lumière complète sur ce point, les chirurgiens conservent chacun leur opinion personnelle et la manière d'opérer qu'ils ont adoptée, et, jusqu'à ce que l'on ait formulé une méthode qui, par la perfection de ses procédés, s'impose à tous, nous croirons qu'ils ont raison. Tous les procédés connus donnant des succès et étant susceptibles de produire des accidents, l'important est d'en adopter un et de se tracer, pour son emploi, des règles que l'habitude et l'expérience ne manquent pas de révéler à l'observateur.

M. *Verneuil* reconnaît que, comme il l'a déjà dit, la mauvaise administration d'un chloroforme très pur peut amener des accidents. Mais il pense que M. Gosselin a été trop loin en affirmant avec Sédillot, que le chloroforme, bien administré, n'offre jamais de danger. Je ne partage pas, dit-il, cette opinion et je considère la proposition de M. Gosselin comme funeste et inexacte. Pendant trente ans, j'ai toujours administré le chloroforme avec le même soin, avec les mêmes précautions; j'ai toujours, en cas d'accidents, recouru aux moyens devenus classiques aujourd'hui, à la respiration artificielle, à la traction de la langue, à l'élévation du bassin, à la flagellation de l'épigastre, etc. Cette pratique m'a fort bien réussi pendant vingt-neuf ans et demi, il y a quelques mois à peine j'ai eu à déplorer un cas de mort par le chloroforme. Je puis déclarer, de la façon la plus formelle, que j'ai perdu mon malade sans avoir à me reprocher la moindre faute. Je sais bien que M. Gosselin me dira : Vous avez mal admistré le chloroforme, vous ne l'avez pas donné selon la technique que je recommande et qui ne m'a jamais fait défaut. M. Gosselin admet qu'en donnant le chloroforme comme le donnent la plupart des chirurgiens, on introduit l'agent anesthésique dans le sang trop rapidement et en trop grande quantité, et qu'on arrive ainsi à déterminer des troubles aboutissant à la sidération des centres nerveux et du bulbe.

Introduisez plus lentement le chloroforme dans l'économie, ajoute M. Gosselin; laissez-lui le temps de s'éliminer en partie par les reins, l'intestin et la peau. et cette surcharge du sang par le chloroforme n'aura pas lieu. Suspendez de temps en temps l'anestésie, laissez le malade respirer de l'air pur; faites en sorte que, dans l'espace de 8 à 9 minutes, il y ait en moyenne, 113 inhalations de chloroforme et 28 inspirations d'air pur. Mais, répondrais-je, savons-nous quelle est la dose maniable du chloroforme ? Savons-nous comment se fait cette élimination par le rein, l'intestin et la peau? Dans l'anesthésie par le chloroforme, la cause des accidents n'est pas toujours la même : on meurt par syncope, par asphyxie, par inhibition respiratoire, tantôt au début de la chloroformisation, tantôt en pleine chloroformisation, tantôt quatre, cinq ou dix minutes après que l'administration de l'agent anesthésique est complètement terminée. Chez certains sujets, la chloroformisation échappe à toute règle : un alcoolique ne s'endort pas comme un jeune homme qui n'a jamais fait d'excès. Je m'en tiendrai donc encore à la mémorable proposition de Robert : « Toutes les fois que vous administrez un agent quelconque entraînant la suppression rapide du sentiment et du mouvement, vous créez un danger. » Cette proposition est aussi vraie aujourd'hui que du temps de Robert. A Londres, dans le courant de 1881, *il a*

été relevé neuf cas de mort par le chloroforme, quatre par l'éther, un par un mélange de chloroforme et d'éther et un par l'éthylène. L'autopsie de plusieurs de ces malades a montré qu'ils avaient un cœur gras impossible à reconnaître pendant leur vie. Certains accidents tiennent donc à la constitution des sujets, qui réagissent d'une manière très variable.

Sans doute, il faut administrer le chloroforme avec le plus grand soin, se le procurer le plus pur possible ; mais il faut aussi savoir que l'organisme du patient peut être plus ou moins taré par une affection plus ou moins diathésique quelconque : or si on n'administrait le chloroforme qu'à ceux qui ne sont pas exposés à ces inconvénients, on supprimerait plus de la moitié des chloroformisations.

M. *Rochard* pense qu'il n'y a pas lieu de songer à abandonner le chloroforme, quels que soient les inconvénients et les dangers que présente son emploi, mais il faut chercher à les atténuer autant que possible. Or, suivant lui, la manière dont on administre le plus ordinairement le chloroforme est détestable. La compresse que l'on place sous le nez du patient, sur laquelle on verse des quantités de plus en plus grandes de chloroforme, que l'on approche de plus en plus des narines du malade et dont on finit, soit par impatience, soit par inadvertance, par lui coiffer le nez et la bouche, de manière à l'empêcher de respirer de l'air en même temps que des vapeurs de chloroforme, toute cette manière d'agir sans règle, où tout est laissé à l'arbitraire, alors qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort pour le malade, semble à M. Rochard défectueuse au premier chef. Il voudrait que l'on substituât à la compresse le cornet dont on se sert dans la marine pour l'administration du chloroforme, et qui a pour avantage de permettre au malade de respirer en même temps de l'air et des vapeurs de chloroforme, sans obliger à une surveillance de tous les instants, le petit appareil fonctionnant en quelque sorte tout seul. Dix grammes de chloroforme sont versés tout d'abord dans le cornet, et suffisent à la chloroformisation. — Mais quel que soit le mode employé, quelle que soit la pureté du chloroforme, quelle que soit l'habileté du chirurgien, M. Rochard ne pense pas que l'on puisse jamais se considérer comme étant à l'abri des accidents.

M. Perrin, rappelant l'initiative qu'il a prise en portant pour la seconde fois à la tribune de l'Académie la question du chloroforme, fait remarquer qu'il ne s'agissait pas, dans sa pensée, des accidents mortels produits par les inhalations du chloroforme, accidents qu'il n'a jamais eus ; il a voulu parler seulement des inconvénients, des difficultés avec lesquelles il s'était trouvé aux prises, depuis un certain nombre d'années, en administrant le chloroforme; il n'avait plus trouvé dans cet agent anesthésique la même sûreté et la même facilité à provoquer le sommeil; il avait vu des malades avoir des nausées, des vomissements, et il avait été souvent, de guerre lasse, obligé de renvoyer l'opération à un autre jour, ne pouvant parvenir à endormir ses malades ; il avait attribué ces inconvénients et ces difficultés à l'emploi d'un chloroforme qui n'était pas suffisamment pur et, de fait, lorsque ce chloroforme a été purifié, il a retrouvé ses bonnes chloroformisations d'autrefois.

M. Gosselin a été amené, dans le cours de cette discussion, à recommander un procédé de chloroformisation qu'il emploie depuis un grand nombre d'années, et qui a pour lui la sanction du temps et de la vaste expérience de son auteur. C'est le procédé des inhalations intermittentes et progressives.

M. Gosselin déclare que, depuis trente ans, il n'a pas eu, grâce à cette méthode, un seul accident mortel. Sans doute, ce sont là des résultats heureux et qui, de prime abord, sont de nature à produire une certaine impression. Mais il faut bien reconnaître, cependant, que ces résultats ne sont pas spéciaux à la pratique de M. Gosselin, que la plupart des chirurgiens des hôpitaux les ont obtenus comme lui et que, en somme, dans notre pays du moins, les accidents mortels par le chloroforme sont extrêmement rares. Quant au point de vue théorique, M. Perrin ne trouve pas de raison sérieuse en faveur du procédé des inhalations intermittentes. M. Gosselin, lui, semble aller ainsi à l'encontre du but qu'il veut atteindre. C'est pour provoquer l'anesthésie que l'on donne le chloroforme, et l'on voit, soit dans les expériences physiologiques, soit dans les applications cliniques, que les effets du chloroforme présentent leur évolution régulière en proportion de la continuité des inhalations. Celles-ci étant interrompues, les effets anesthésiques diminuent ou cessent en raison de cette interruption, si bien qu'en laissant aux vapeurs anesthésiques le temps de s'éliminer, comme le veut M. Gosselin, on retire d'une main ce que l'on introduit de l'autre ; on recule au lieu d'avancer ; on perd du terrain, ou du moins on piétine sur place. Les intermittences ont le grave inconvénient de renouveler chaque fois cette impression brusque du chloroforme sur l'organisme qui, pour lui, constitue le danger le plus sérieux des inhalations. M. Perrin se déclare partisan résolu des inhalations continues, ininterrompues à moins qu'il ne se manifeste dans le cours de la chloroformisation quelque phénomène irrégulier qui oblige de suspendre les inhalations et d'attendre le retour à l'état normal.

On peut expliquer les divergences d'opinion qui séparent les chirurgiens sur ce point important de la méthode opératoire, par l'ignorance où l'on est sur le mécanisme des accidents produits. Pour M. Gosselin, toute la question consiste à éviter de surcharger les centres nerveux et, en particulier, le bulbe rachidien, de vapeurs anesthésiques. M. Perrin ne croit pas à l'intervention directe de cette cause, la surcharge des centres nerveux. Suivant lui, ce n'est pas par absorption ni par empoisonnement que le chloroforme tue. Quiconque a étudié expérimentalement l'action du chloroforme sur les animaux, a vu nécessairement

que les effets toxiques, produits par cet agent, ne sont pas brusques, soudains, mais successifs et gradués. Dans les morts observées chez l'homme, au contraire, tout est instantané, pour ainsi dire; c'est parfois, comme l'a dit M. Verneuil, tout à fait au début de la chloroformisation, après quelques inhalations que la mort survient; d'autres fois, c'est au cours d'une chloroformisation très laborieuse, après quelques mouvements convulsifs exagérés que la mort arrive brusquement; dans d'autres cas, elle est le résultat de la contracture des muscles de la respiration et du spasme de la glotte, et le malade meurt à la suite d'accidents brusques de suffocation; d'autres fois, enfin, malade oublie, pour ainsi dire, de respirer, et il faut l'exciter par la flagellation sur l'épigastre, par la parole, en un mot par tous les moyens. Est-ce la surcharge du bulbe qui produit ce dernier phénomène? Non, car lorsque le chirurgien est parvenu à doubler ce cap des tempêtes, et que l'ordre s'est rétabli dans les mouvements respiratoires, il peut donner largement le chloroforme, sans déterminer d'accident, ce qui ne pourrait évidemment se faire s'il s'agissait d'un état de surcharge du bulbe.

Le point de départ des accidents n'est donc pas le plus souvent un arrêt de la respiration, une incapacité du pouvoir excito-moteur des muscles respiratoires; ce n'est pas l'asphyxie *bleue* des médecins légistes, mais l'asphyxie *blanche*, celle qui survient brusquement, par arrêt du cœur, par syncope. Or, il convient, pour éviter les accidents, de donner le chloroforme avec prudence, peu à la fois et d'une manière continue, comme l'ont fait, d'ailleurs, des maîtres tels que Bouisson, Chassaignac, Sédillot, etc., suivant un procédé devenu classique.

M. Maurice Perrin ne saurait admettre les critiques adressées par M. Rochard au procédé de la compresse; ce procédé ne mérite aucun des reproches dirigés contre lui; tout chirurgien tant soit peu attentif saura exercer une surveillance suffisante pour éviter les inconvénients que l'on vient de signaler. Il faut absolument repousser le *cornet* de la marine préconisé par M. Rochard; loin de trouver à ce petit appareil les avantages dont on a parlé, il lui reproche, au contraire, d'avoir les inconvénients d'une véritable muselière, de devenir parfois un obstacle au jeu régulier de la respiration et surtout d'agacer les malades, de les énerver et de les disposer à cet état de spasme qui est la condition la plus fâcheuse pour la manifestation des accidents.

La discussion sera continuée à la prochaine séance; MM. Le Fort et J. Guérin prendront à leur tour la parole.

Dr J. Geoffroy.

L'HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

Notre excellent confrère et ami le Dr Geoffroy vient de nous adresser son travail sur la *Connaissance et la dénomination des couleurs dans l'antiquité*, travail qu'il a publié dans les *Mémoires de la Société d'Anthropologie*.

Rien de plus intéressant que ces recherches archéologiques qui nous initient aux connaissances générales et aux théories scientifiques des anciens, qui nous permettent de reconstituer ce qu'étaient autrefois les sciences médicales.

Les étrangers nous ont précédés dans cette voie, mais cela ne veut pas dire que nous n'y ayons plus rien à faire, nous n'en voulons pour preuve que cette étude sur les couleurs du Dr Geoffroy.

Le Dr H. Magnus, de l'université de Breslau, dans son ouvrage sur l'*évolution du sens des couleurs*, avait émis cette thèse :

« La capacité de distinguer ces différentes couleurs n'a pas toujours appartenu à l'organe de la vue, elle s'est développée au cours de l'évolution du genre humain; en d'autres termes, durant certaines périodes de l'histoire de notre espèce, l'œil n'a été capable que de sentir la lumière comme telle, sans distinguer, en outre, sa coloration comme une perception distincte de la sensation lumineuse. »

Et il s'appuyait sur les monuments littéraires des temps les plus reculés, recherchant quelles couleurs et combien de couleurs furent connues et nommées par les poètes et les écrivains de ces lointaines époques.

La méthode peut paraître ingénieuse, la thèse générale elle-même peut être vraie, mais les résultats fournis par cette enquête sont absolument erronnés : c'est ce qu'a démontré de la façon la plus probante le Dr Geoffroy.

« On ne peut, dit-il, demander aux anciens, dans l'expression de leur pensée, cette exactitude toute moderne qui caractérise notre langage, devenu vraiment scientifique. En second lieu, dans l'hypothèse de l'ophthalmologiste allemand, il faudrait admettre que l'organe de la vue et la fonction du sens de la vision ont toujours été, d'une façon absolue, en raison directe l'un de l'autre. Or, peut-on faire une semblable supposition quand nous voyons tous les jours des individus, dont les organes ont certainement une structure anatomique identique, présenter des différences si considérables dans le fonctionnement de ces mêmes organes?... Pourrions-nous donc dire que l'oreille d'un musicien habile, capable de distinguer dans l'exécution d'un morceau de musique, les moindres nuances, et celle du premier venu, qui ne saura pas faire de différence entre un ton et un autre, présentent dans leur structure anatomique un développement différent, capable d'expliquer la différence de finesse de leurs sensations? Le problème est plus compliqué qu'il ne semble au premier abord, et il y a une donnée que l'auteur allemand a complètement négligé, nous voulons parler du développement physiologique des sens, au moyen de l'éducation et de l'exercice. Ce n'est pas tout d'avoir une oreille et des yeux, il faut apprendre à s'en servir.

On le voit, le terrain sur lequel se place notre confrère est plus solide, n'y eût-il comme preuve que l'exemple cité par lui des montagnards de la Suisse et du Tyrol qui ont pour les couleurs éclatantes une prédilection marquée. Il continue :

Supposons une œuvre littéraire écrite à une époque encore peu avancée dans l'ordre des sciences expérimentales, il est certain *à priori* que nous y verrons dominer un luxe de couleurs éclatantes, et que les tons moins intenses, pourront, au contraire, y faire plus ou moins défaut. Et s'il est vrai que la langue d'un peuple soit en raison du degré de son développement intellectuel, nous devons trouver à l'origine de toute langue, un grand nombre de termes pour traduire les impressions fortes et faciles à percevoir, tandis que les expressions destinées à rendre compte de sensations plus délicates seront moins nombreuses et plus vagues. »

S'il en est ainsi, que penser du raisonnement que M. Magnus emprunte à M. Gladstone : « les désignations des couleurs qu'on rencontre dans les poèmes homériques prouvent de la manière la plus évidente qu'à cette époque la rétine humaine ne pouvait encore reconnaître et sentir, d'après leur valeur chromatique réelle, que les couleurs riches en lumière, tandis que les couleurs d'une intensité de lumière moyenne ou inférieure, telle que le vert, le bleu et le violet n'affectaient pas encore l'œil par un acte distinct de sensation ? »

« Ainsi, ajoute notre confrère, la rétine d'Homère était insensible au vert, au bleu, au violet, puisque les termes désignant ces couleurs n'ont pas été employés par le poète avec une grande précision; et constater cette absence de précision dans les dénominations chromatiques que l'on peut rencontrer dans les poèmes d'Homère, c'est démontrer que les contemporains de cet écrivain n'avaient pas la faculté de percevoir les sensations que ces termes représentent ! »

« M. Magnus en interrogeant la littérature homérique ne peut que nous amener à cette conclusion, toute différente de celle qu'il voulait tirer : c'est que les Grecs n'attachaient qu'un faible intérêt à l'exactitude dans ces questions de nuances et de couleurs, comme dans bien d'autres questions d'ailleurs ; c'est qu'ils ne concevaient pas l'idée d'une description, comme nous le faisons aujourd'hui, c'est-à-dire avec une recherche minutieuse portant sur tous les points de détails et qu'ils accordaient à leur imagination une plus grande part qu'à l'observation exacte des objets. Ainsi, au lieu de nous faire saisir les traces d'une marche progressive dans le développement de nos organes, M. Magnus aura démontré une fois de plus une vérité qui n'est pas très nouvelle, c'est qu'entre l'époque d'Homère et la nôtre, il y a des différences fort caractéristiques, au triple point de vue du langage, de la littérature et des mœurs. »

Mais il ne suffit pas d'opposer à un argument un autre argument; il faut accumuler les preuves. Aussi, passant en revue toute la littérature ancienne, prenant à témoin Homère, Hippocrate, Sophocle, Eschyle, Euripide, Théocrite, Thucydide, Platon, Aristote, puis Virgile, Pline, Galien et tant d'autres, notre confrère montre le bien fondé de sa thèse. — Après avoir fait sur le mot *chloros* (vert), une dissertation en règle, et montré que ce mot était chez les anciens tout aussi bien que chez nous, pris souvent, au figuré, comme synonyme de jeune, de nouveau et de pâle, le Dr Geoffroy s'arrête à *l'arc-en-ciel* qui vraisemblablement était le même autrefois qu'aujourd'hui. Or Xénophane ne lui donne que trois couleurs : pourpre, écarlate et vert pâle; Aristote voit aussi trois couleurs, mais ce sont le rouge, le vert et le violet — les nuances ne sont pas les mêmes, car les termes diffèrent ; — Plutarque accepte encore ce nombre trois, mais il nomme le rouge, le violet et le pourpre, enfin le bleu et le vert (ce qui fait pour le moins quatre). Mais nous ne pouvons insister, il faut lire tout au long cet intéressant passage où éclate jusqu'à l'évidence la réfutation par les textes eux-mêmes de la thèse que MM. Magnus et Gladstone prétendent avoir tirée de ces textes.

Faut-il encore signaler le passage où le Dr Geoffroy raille quelque peu et se demande si Corneille, si La Fontaine étaient incapables de percevoir le bleu, eux qui ne le mentionnent pas une seule fois dans leurs vers ?

Nous nous arrêtons, c'est le mémoire tout entier qu'il faudrait reproduire, travail énorme malgré sa brièveté, et dont l'érudition ne le cède qu'à l'intérêt qu'il éveille chez le lecteur.

Aussi bien notre ami Geoffroy nous permettra de suivre l'enchaînement d'idées que ne peut manquer de susciter la lecture de son mémoire et de prendre texte du succès par lui obtenu pour embrasser une question plus large, celle de l'enseignement de l'Histoire des sciences médicales dans les facultés.

Mais nous n'avons su nous défendre du plaisir de soumettre à nos lecteurs l'argumentation si rigoureuse de notre confrère, et nous sentons que le développement de notre sujet nous entraînerait trop loin. Force nous est donc de remettre à un prochain article les considérations générales que nous voulions présenter.

(à suivre) Dr A. GASSOT.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'intervention hâtive dans les hernies étranglées

L'opération de la hernie étranglée n'est pas une opération sanglante ; ou tout au moins avec des précautions et de l'adresse de la part du chirurgien, la lésion des vaisseaux importants est sûrement évitée; c'est, à la vérité, une opération laborieuse, longue, minutieuse, pouvant être incidentée, de la façon la plus imprévue, de grandes difficultés et même de complications insurmontables; mais, en somme, c'est une opération d'urgence, qui s'impose à tous les médecins, non-seulement aux chirurgiens en renom des grandes villes mais aussi et surtout aux praticiens des campagnes La kélotomie devient pour ceux-ci un devoir professionnel, et il est indispensable qu'ils soient à l'avance familiarisés avec son manuel opératoire.

En consultant les statistiques de la kélotomie, on est étonné de la trouver une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie. Voici un des chiffres les plus récents empruntés aux relevés, de l'hôpital Cochin: sur 46 opérations de hernies étranglées 24 morts, 22 guérisons, plus une demi-guérison, puisqu'il s'agit d'un malade mort de pneumonie un mois après la kélotomie, soit une proportion de 47 0/0 *(service de M. Després.)*

A quelles causes peut-on attribuer ces résultats lamentables ?

Les hernieux, qui se présentent pour être opérés dans les hôpitaux sont, en général, des gens usés par la misère ou la débauche ; avant de se résoudre à l'intervention chirurgicale, ils ont été soumis en ville à des tentatives de taxis, ou bien à des purgations exploratrices, ou curatives, aussi inconsidérées les unes que les autres, n'ayant eu d'autre effet que de précipiter, d'aggraver la marche des accidents d'étranglement et de faire perdre aux malades un temps précieux. On attend souvent ainsi deux, trois et quatre jours.

A la campagne, les conditions hygiéniques des opérés sont incontestablement meilleures; mais les tentatives de réduction ou d'action purgative sur l'intestin ne sont pas moins intempestives que plus haut; les délais d'attente sont souvent plus prolongés, soit à cause de la récalcitrance des malades ignorants devant l'instrument tranchant, qu'ils refusent même quelquefois catégoriquement, soit parce que le médecin, pusillanime et peu familier avec la kélotomie qu'il pratique rarement, a reculé un peu trop la décision suprême. Ce qui est certain, à notre avis, c'est que, si l'on diffère au-delà de trente heures le débridement, on diminue singulièrement les chances de salut du patient. La pierre angulaire de l'opération réside en effet dans cette conduite : opérer aussitôt que possible dès que l'étranglement est reconnu ; ménager le taxis forcé ou répété ; car la déchirure des ahérences qui se développent avec une rapidité incroyable autour de l'agent d'étranglement, peut causer une péritonite mortelle et compromettre le succès du débridement le plus habile.

Nous voudrions aussi que les personnes atteintes de hernies, fussent elles-mêmes édifiées à ce sujet et, lorsqu'elles ne peuvent faire rentrer leur hernie qu'elles ne se livrassent pas soit par leurs propres mains, soit par celles d'empiriques ignares, à ces manœuvres insensées de taxis qui peuvent léser l'intestin et rendre douteuse l'issue de la kélotomie.

Comme corollaire de ces vues cliniques, nous publions les deux obervations suivantes.

Observation I.

Hernie inguinale de volume moyen. Etranglement datant de 23 heures. Kélotomie avec ouverture du sac ; funiculite consécutive ; guérison complète le 32e jour.

M. R.., âgé de 46 ans, homme sec et valide, n'ayant jamais été malade, mais ayant maigri depuis quelques mois en raison d'un service insolite de marche ; fatigué, par conséquent, surmené au moment de l'accident, et même atteint d'embarras gastrique ; ne mangeant plus depuis trois ou quatre jours.

Cet homme est porteur d'une hernie inguinale gauche externe, de volume moyen, parfaitement maintenue à l'aide d'un bandage, restant réduite au lit, mais sortant lorsque le malade toussait, faisait un effort ou se levait.

Le 28 novembre 1880, à 5 heures du soir, après quatre heures de suspension dans le port du bandage, la hernie ne rentre pas; les douleurs sont excessivenent vives au toucher, et reviennent sous forme de coliques spasmodiques de miserere ; a vomi son dîner, léger d'ailleurs.

Je vois le malade le 29 à minuit ; les douleurs sont toujours excessivement aiguës ; la tumeur hernieuse, piriforme, est de plus en plus sensible au palper ; le taxis méthodiquement pratiqué est infructueux. C'est un étranglement aigu dont l'agent siège manifestement à l'orifice inguinal externe; celui-ci est dur, bridé, et extrêmement douloureux ; la hernie est résistante et mate; la langue est large et blanche, le pouls petit, serré ; la figure déjà excavée et tirée, exprime l'angoisse la plus profonde.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés appliqués sur la hernie ; grand bain d'une heure pendant lequel le taxis est encore sans effet.

Le 29 au matin, de nouvelles manœuvres de 10 et 15 minutes au plus ont lieu sans résultat, soit par moi-même, soit par mon père, soit à 2 heures par le Dr Huette père. D'un commun accord l'étranglement est considéré comme irréductible ; la kélotomie est décidée et acceptée par le malade. Elle a lieu à quatre heures, c'est à dire 23 heures après le début de l'étranglement ; le pouls est toujours petit, et misérable, le facies hypocratique les extrémités froides, le ventre tympanisé et horriblement douloureux, les coliques incessantes ainsi que les nausées arrachent les cris caractéristique (choléra herniaire ;) aucun vomissement ne s'est encore produit. Un purgatif huileux d'exploration a seul été rejeté aussitôt. Aucune garde-robe ni émission de gaz par l'anus. Le malade n'est pas endormi. Ayant fait à la peau un pli perpendiculaire au grand diamètre de la hernie, je sectionne dans une étendue convenable; puis j'incise lentement couche, par couche, à l'aide d'un bistouri droit sur la sonde cannelée, souvent aussi à l'aide de ciseaux coudés dus aux indications ingénieuses de M. le Dr Huette.

Arrivé au sac j'ouvre celui-ci avec la plus grande précaution, toujours en dédolant sur la sonde et met complètement à nu l'intestin, qui apparaît sain et rosé, expression d'une cuillerée environ de liquide trouble. Après de minutieuses recherches dans lesquelles je suis aidé par mes deux savants aides, je constate que l'etranglement siège au niveau du collet du sac lui-même, principalement en haut, et qu'il est formé par une sorte de pont fibreux semi-lunaire ; toutes ces produtions plastiques datent de 24 heures à peine et démontrent combien un délai obstiné eût été périlleux.

Aussi à l'aide du doigt indicateur porté entre l'anneau constricteur et l'intestin, nous débridons sur l'ongle un peu partout circulairement, mais surtout en haut, à l'aide des ciseaux, en certains autres endroits à l'aide de la sonde seule ; chaque incision s'accompagne d'un bruit lardacé particulier.

Enfin nous pouvons introduire le doigt dans l'abdomen et l'intestin est libre ; nous le déroulons il figure un véritable huit de chiffre inégal étranglé à l'intersection ; la petite convexité est dans

le trajet inguinal au-dessus de l'orifice terne, et la grande convexité extérieure formant la hernie proprement dite ; elle est formée par l'intestin grêle sans accompagnement d'épiploon ni de mésentère.

Avant de réduire, nous lavons soigneusement l'intestin et les lèvres de la plaie à l'aide d'une éponge inbibée d'eau phéniquée tiède au 50e, nous essuyons à l'aide d'un linge chaud phéniqué. Il va sans dire que tous nos instruments ayant servi à l'opération, ainsi que les mains des opérateurs, avaient été plongés dans l'eau phéniquée. Pansement à plat avec un linge fenêtré enduit de cérat phéniqué au 30e, charpie imbibée d'eau phéniquée, carré d'ouate phéniquée sur le ventre, et bandages en spica pour maintenir ; l'opéré qui avait été placé sur une table en vue de la lumière est reporté avec soin dans son lit chaud et bassiné au préalable.

Etat du pouls à 7 heures du matin : 90 pulsations ; à 8 heures, 68. Température axillaire, 38, 5.

Durée totale de l'opération, une heure.

Le même soir deux garde-robes moyennes provoquées par 20 grammes d'huile de ricin, administrés à dix heures ; troisième selle consécutive.

Sentiment de détente marquée ; sueurs et bouffées de chaleur au visage. Une pilule d'extrait thébaïque de vingt-cinq milligrammes immédiatement après l'opération ; une grande cuillerée de sirop de chloral ; à onze heures 30 matin, 60 pulsations ; le soir 64-68. — T. A. 37, 5.

Premier pansement le 1er décembre matin. Bon aspect de la plaie, si ce n'est funiculite avec infiltration du tissu cellulaire du scrotum et issue du pus par les lèvres de la plaie ; deux contr'ouverture ont été pratiquées et deux tubes de drainage appliqués ; les cataplasmes et la suspension du scrotum sur un carton phéniqué sont installés jusqu'au 18 décembre ; à cette date, guérison complète de l'inflammation funiculaire ; le malade se lève et mange. La guérison est complète le 1er janvier 1881. Faiblesse persistante de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope ; vers son milieu, une ampoule d'intestin se fait jour et est maintenue à l'aide d'un bandage anglais perfectionné de Wickam.

Observation II

Hernie crurale marronnée. — Etranglement datant de 16 heures. - Kélotomie sans ouverture du sac. - Guérison le 23e jour.

Madame A... âgée de 52 ans, ordinairement dyspeptique, maigre, d'une santé délicate. Cette dame observait depuis un temps indéterminé dans l'aine gauche une glande qui rentrait et sortait, mais elle n'y prêtait aucune attention et ne s'était jamais servi de bandage. Elle était atteinte de diarrhée depuis deux mois, quand, dans la soirée du 10 octobre 1881, vers huit heures, son hernie s'étrangla. Absolument indolente à l'ordinaire, elle devint sensible au toucher et spontanément ; toute la nuit se passa en nausées et vomissements, dont quelques-uns fécaloïdes ; aucune garde-robe n'a plus eu lieu, ni expulsion de gaz par l'anus.

Appelé le matin du 11 octobre seulement à 8 heures je constate que la tumeur herniaire est dure, marronnée, demi-sonore au milieu ; elle est crurale, relevée sur l'arcade crurale, l'agent d'étranglement est inférieur précisément à l'endroit où se trouve le fascia crébriformis.

Diverses tentatives de taxis sont absolument impuissantes, soit dans le bain, soit après l'anesthésie chloroformique ; un purgatif d'exploration n'est pas toléré.

Du consentement de Madame A... l'opération est arrêtée, en raison de la rapidité des signes d'étranglement, facies grippé, ventre météorisé et douleurs principalement dans l'hypochondre gauche ; état nauséeux et vomissements continuels ; langue rouge et sèche ; abattement profond. L'opération est commencée à trois heures, c'est-à-dire 19 heures après le début des accidents. Je suis assisté par mon cher et honoré père. Le sommeil chloroformique est établi. Le pli de l'aine étant incisé largement dans une direction parallèle à l'arcade crurale, nous procédons à une dissection minutieuse, couche par couche, à l'aide des ciseaux Huette sur la sonde cannelée, et rabattons sur les lèvres de l'incision cutanée ; arrivés au sac, nous constatons que celui-ci fait corps avec l'intestin, qu'il n'y a encore aucune sécrétion péritonéale et nous prenons le parti de ne pas l'ouvrir. L'intestin se montre en parfait état et on reconnaît une anse de gros intestin repliée en doigt de gant sur elle-même ; elle est manifestement adhérente à son anneau supérieur et c'est là que réside l'étranglement.

Etant parvenus, en nous guidant par la sonde, à glisser l'ongle de l'index entre la paroi abdominale et l'intestin (le doigt en contact direct avec l'intestin), nous faisons à l'aide des ciseaux un large débridement multiple en haut ; pendant ce temps, la blessure de deux branches des veines honteuses externes, produit un écoulement abondant de sang, qui empêche de continuer l'opération ; les deux veines sont liées heureusement, le sang étanché avec précaution à l'aide d'éponges phéniquées et nous continuons. Après avoir pris les mêmes précautions antiseptiques que précédemment, nous procédons à la réduction ; celle-ci s'accomplit sans difficulté et nous pansons avec cérat et linge phéniqués, suivant la méthode de Lister.

A 5 heures, vomissement fécaloïde copieux, tenant peut-être à l'action chloroformique, 90 pulsations. Température axillaire, 38°,5. Potion avec sirop de chloral et sirop thébaïque.

La journée du 12 se passe sans incident, sans vomissement, le ventre est tympanisé modérément, mais la vessie est paralysée et le cathétérisme est nécessaire.

13, au matin, premier pansement ; l'aspect de la plaie est satisfaisant. — 30 grammes d'huile de ricin dans du café noir ; lavement purgatif le soir avec 80 grammes de miel de mercuriale et 20 grammes de teinture de rhubarbe ; une garde-robe abondante, mais involontaire, a lieu dans la nuit du 13-14, une autre dans la nuit suivante. La miction reprend sa spontanéité le 18. Aucun vomissement, bon aspect de la plaie, la langue est toujours, comme au début, un peu sèche et rouge au centre.

Le 31 octobre, amélioration presque entière, la plaie est couverte de bourgeons charnus vigoureux, qui sont réprimés à l'aide du nitrate d'argent; la cicatrisation est achevée le 3 novembre.

Madame A. se lève pour la première fois à cette date et marche convenablement, mais survient un volumineux anthrax du sacrum qui entrave la convalescence. Néanmoins, la guérison est définitive le 30 novembre, madame A. porte un bandage de Wickam qui maintient les parties herniées.

Déductions cliniques. — La conclusion pratique à tirer de ces observations, c'est qu'en opérant de bonne heure, dans les vingt-quatre heures de l'étranglement, les succès l'emporteraient de beaucoup sur les échecs dans le débridement des hernies étranglées, c'est-à-dire que la proportion statistique serait elle-même renversée.

La seconde conclusion, c'est qu'en procédant de la sorte, on pourrait peut-être se dispenser plus souvent d'inciser le sac herniaire, autrement dit prévenir la péritonite traumatique, qui peut succéder à l'opération et augmenter les chances de mortalité.

On a souvent dit que la kélotomie constituait une cure radicale de la hernie, cela est fréquent, mais non pas toujours vrai, exemple, le malade de l'observation I.

Enfin, à titre de moyen préventif contre l'étranglement herniaire, il serait à souhaiter que les bandages anglais, d'un mécanisme très ingénieux et embrassant la demi-circonférence du corps opposée au coté où siège la hernie, fussent d'un usage plus répandu; ce sont les seuls capables de fixer une hernie avec précision et continuité; ils ont malheureusement contre eux leur prix élevé.

Dr E. TARTARIN (fils),
de Bellegarde (Loiret).

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU.

I

Les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie de janvier et de février contiennent un extrait de leçons du professeur Fournier sur L'ATAXIE LOCOMOTRICE D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

Cette question divise encore les médecins, tant en France qu'à l'étranger, ainsi que nous le montrerons plus loin.

Dans la première partie de sa leçon (nº de janvier) M. Fournier discute une à une les objections qu'on a faites pour rayer l'ataxie locomotrice du tableau nosologique des troubles syphilitiques.

La 1re objection est celle-ci : *Le tabes n'a pas de symptômes propres.* C'est vrai, dit M. Fournier, et, à ce propos, il cite le cas de perforation gommeuse de la voûte palatine, dont les symptômes ne diffèrent aucunement des troubles observés dans une perforation non spécifique.

Le même phénomène morbide s'observe donc dans l'ataxie, que la moëlle soit détruite ou seulement lésée par la syphilis ou par tout autre cause.

2º Le *tabes syphilitique n'a pas de lésion propre.* C'est encore une objection sans valeur; car la lésion anatomique de l'ataxie est constituée par la sclérose de la moëlle, et il n'y a pas de maladie qui ne produise plus que la syphilis la sclérose des éléments conjonctifs.

3º *La syphilis ne saurait déterminer le tabes parce qu'il n'est pas de son fait de produire des lésions systématiques.*

Cette objection pouvait être sérieuse si les lésions de l'ataxie étaient toujours systématiques ; or M. Grasset a trouvé que, non-seulement la sclérose n'était pas limitée aux cordons postérieurs, mais qu'on devait la considérer comme une maladie générale de la moëlle.

La 4e objection qu'on a faite est basée sur ce que le *tabès n'éprouve pas d'amélioration par le traitement.* C'est juste, mais il faut tenir compte du moment où on administre le traitement; quand on fait prendre de l'iodure à l'époque des troubles ataxiques, c'est trop tard, la sclérose est constituée et quelque puissance qu'ait le médicament en temps ordinaire, il ne saurait, à ce moment, refaire ce qui est détruit.

On objecte enfin que le plus souvent il n'y *a que coïncidence du tabès chez un syphilitique.*

Voici les chiffres donnés par M. Fournier. Sur cent-trois ataxiques, quatre-vingt-quatorze étaient syphilitiques. M. Cazalis n'a rencontré qu'un seul ataxique chez lequel il n'y avait pas de syphilis.

M. Quinquaud l'a noté 21 fois sur 21.

M. Vulpian n'a pas observé un seul ataxique sans trouver chez lui des traces de syphilis antérieure.

Quant à l'époque de la syphilis où se montre l'ataxie, sur 85 cas M. Fournier en trouve :

81 au-delà de la 4e année.

3 dans la 3e année.

1 dans le dernier mois de la 2e année.

M. Fournier insiste beaucoup sur l'association fréquente des symptômes tabetiques avec d'autres symptômes observés communément dans la syphilis. Telles sont la paralysie du nerf optique, la paralysie de la 3e paire (moteur oculaire commun) — de la diplopie sans strabisme ou un strabisme léger. — Une paralysie *partielle dissociée* n'intéressant qu'une ou plusieurs branches terminales — paralysie simultanée de plusieurs paires oculaires. — La paralysie générale peut enfin s'observer dans la syphilis comme dans le tabes.

Quant au traitement, il faut l'instituer au début de la syphilis, et le maintenir énergiquement pendant plusieurs mois ; la plupart des cas d'ataxie étant dûs à une syphilis mal soignée.

Il nous semble maintenant que nous pouvons rapprocher de ces faits les discussions qui ont eu lieu au Congrès international de Médecine de Londres.

Le *Professeur Erb* de Leipsig a observé cent cas de tabès et il trouva seulement douze ma-

lades qui n'étaient pas syphilitiques, les quatre-vingt-huit autres avaient eu la syphilis.

Bien que ces chiffres soient assez éloquents, ce professeur en cite d'autres plus concluants; sur treize cas d'ataxie, il trouva douze syphilitiques.

Il fit en outre une contr'épreuve. — Il interrogea avec soin cinq cents malades atteints d'affections nerveuses, *mais non tabetiques*, et il trouva une proportion de 77 0/0 qui n'avaient jamais eu la syphilis, et 23 0/0 qui l'avaient eu.

La discussion s'ouvrit ensuite, et nous allons résumer brièvement les argumentations des divers orateurs.

Dr *Banks* de Dublin, n'admet pas une aussi grande fréquence des ataxies syphilitiques, mais il dit. néanmoins, que l'on peut en compter dix pour cent.

Sir William Gull de Londres, reconnaît bien l'influence de la syphilis sur les troubles de l'économie, mais en ce qui regarde l'ataxie il faut attendre d'autres observations.

Dr *Athaus* de Londres, a observé quatre-vingt-dix pour cent d'ataxie chez des syphilitiques, mais il faut éliminer les cas douteux, c'est-à-dire ceux où la syphilis n'était pas nettement confirmée et alors le chiffre descend à quarante pour cent.

Dr *Neftel* de New-York n'a pas d'opinion personnelle, et il ne rejette pas ni n'admet pas non plus les chiffres du professeur Erb, mais il raconte qu'il a habité en 1857 et 1858 chez les Kirghises, peuple nomade des steppes de l'Asie Centrale, et chez lequel la syphilis existe à l'état endémique, mais revêt une forme bénigne. Si les conclusions du Dr Erb sont exactes, on doit trouver chez ce peuple une grande quantité de tabétiques. Il propose donc, au Congrès, qu'on se mette en rapport avec les médecins habitant ces contrées à Fort Perowsky ou Orembourg, et leur demander de diriger leurs investigations cliniques sur ce côté de la pathologie syphilitique.

Dr *Gairtner*, de Glasgow, combat les assertions du Dr Erb.

Le Dr *Lancereaux* ne les admet pas non plus; il reconnaît comme cause de l'ataxie locomotrice l'abus prolongé des excès vénériens, et chez la femme l'usage de la machine à coudre. Il se base, en outre, pour repousser les conclusions du Dr Erb sur la nature des lésions qui sont localisées dans la syphilis, tandis qu'elles sont très étendues dans l'ataxie locomotrice, ne laissent pas de cicatrice et ne provoquent pas de perte de substance.

Le Dr *Rosenstein*, de Leyde, appuie, au contraire, les assertions du Dr Erb.

Quand au Dr *Lambaco*, de Constantinople, il conteste les chiffres du Dr Erb, et regrette qu'il n'ait pas compté les ataxiques qui n'ont pas eu la syphilis. Mais il repousse formellement les opinions du Dr Lancereaux en ce qui concerne les cicatrices de la subtance nerveuse, et surtout en ce que les troubles fonctionnels ne se produiraient dans la syphilis que lorsqu'il existe une destruction complète des éléments nerveux, car il a publié des observations où existaient des troubles fonctionnels dus à la syphilis, sans qu'il y ait eu des lésions bien étendues. Il a, de plus, noté des cas où les troubles fonctionnels avaient complètement disparu avec le traitement, ce qui n'aurait pas eu lieu s'il y avait eu destruction des éléments nerveux. D'autant plus que la moëlle et l'excéphale conserveraient mieux que la peau les traces de lésions syphilitiques.

Dr *Erb* maintient ses chiffres et ses assertions, mais reconnaît que cette question du rapport de la syphilis et du tabes a encore besoin d'être appuyée par de nombreux faits cliniques.

Comme on le voit, l'accord est loin d'être fait sur cette question, mais il nous semble que sans mettre tous les cas d'ataxie sur le compte de la syphilis, on peut bien lui en attribuer le plus grand nombre, surtout si l'on tient compte de la nature des lésions tabétiques, c'est-à-dire, prolifération de cellules conjonctives intra-médullaires aboutissant à la sclérose. Mais on conviendra qu'il est tout au moins étrange de voir des praticiens éminents admettre et décrire la syphilis cérébrale, lui reconnaître deux formes de lésion, la *sclérose* et la *gomme* et ne pas vouloir que la syphilis descende plus bas que le niveau de l'articulation occipito-altoïdienne!

II

EPIDÉMIE D'ECTHYMA DANS LE SERVICE DES VARIOLEUX.

Ces faits ont été observés par M. le Dr Du Castel dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et ils ont été l'objet d'une communication à la *Société médicale des Hôpitaux* (1881).

L'éruption se montrait soit pendant la période d'état, soit pendant la convalescence de la variole et venait en augmenter la gravité.

La face antérieure de la poitrine, les membres étaient les régions où elle se développaient surtout. Elle prenait naissance soit sur d'anciennes pustules varioliques, soit sur d'autres points.

L'éruption débutait tantôt sous forme de pustules, tantôt sous forme de bulles pemphigoïdes. Le volume était de 1 à 3 centimètres. L'éruption était tantôt *discrète*, tantôt *confluente*; aucune réaction fébrile dans le premier cas, élévation de la température à 40° et 41° dans le second.

Le point intéressant de cette éruption d'ecthyma fut son caractère contagieux. L'interne du service contracta une pustule sur l'index droit après avoir pratiqué le toucher vaginal; et l'infirmier qui était habituellement nu-pieds eut une éruption ecthymateuse sur les membres inférieurs.

M. Du Castel examina le liquide au microscope et y rencontra un parasite. Voici d'ailleurs le résultat de ses recherches: « Dans les bulles pemphigoïdes, dit-il, j'ai rencontré des spores rares et isolées; dans des pustules bien développés et suppurées, j'ai vu des spores plus nombreuses et réunis en chapelets semblant arrivées à un degré de développement plus avancé; dans des pustules d'ecthyma furonculeux, les spores étaient peu nombreuses et réunies par groupe de trois ou quatre. Je ne saurais dire la valeur exacte de ce

parasite trouvé dans des recherches encore peu nombreuses et je crois que pour conclure quelque chose, il faudrait le cultiver, l'inoculer.

« L'examen du sang n'a donné aucun résultat. »

Au sujet de cette communication M. Vidal dit que les recherches faites dans son service à l'hôpital Saint-Louis, lui avaient démontré l'existence de bactéries et de spores brillantes isolées ou groupées par petit amas en général de trois, quatre ou cinq dans les pustules d'ecthyma lorsque le liquide devient purulent. »

Il a vu également des microbes à peu près semblables aux précédents dans les bulles du pemphigus, et il les a constatés avec M. Déjérine en 1876, dans les bulles du pemphigus épidémique des nouveau-nés, pemphigus inoculable et contagieux.

Les bulles du *pemphigus diutinus* en contiennent aussi, mais ils ne sont pas inoculables. L'erythème polymorphe, les bulles et les phlyctènes produites par la vésication, l'impetigo contagiosa renferment également des microbes; et du reste, ajoute M. Vidal, toutes les variétés d'impetigo sont inoculables et contagieuses.

III

BACTÉRIE DU PEMPHIGUS.

M. Paul Gibier, interne des hôpitaux, a communiqué à la Société de Biologie, la découverte qu'il a faite du parasite du pemphigus aigu. (Fièvre pemphigoïde, fièvre bulleuse.)

Voici la description qu'il en donne.

« Le parasite, dit M. Gibier, le microbe du pemphigus aïgu est une bactérie constituée à l'état adulte par une série d'articles disposés en chapelets de deux millièmes et demi de millimètres réunis au nombre de deux à vingt articles, arrondis, se confondant au niveau des points en contact. Cette bactérie est douée d'une mobilité assez grande étant données ses dimensions.

« A l'état jeune, elle est représentée par des granulations arrondies semblables à celles qui constituent les batonnets, mais isolées ou groupées, tantôt sans ordre, tantôt en zoogleæ.

« On trouve cette bactérie dans le liquide des bulles fraîches. »

Les recherches dirigées sur le sang n'ont fait découvrir aucune bactérie dans ce liquide.

Mais l'urine en renfermait une grande quantité.

M. Gibier donne ensuite l'observation d'un malade de 17 ans, entré dans le service du Dr Vidal (hôpital Saint-Louis), pour un pemphigus aigu qui l'emporta après treize jours de maladie.

Ce jeune homme, charcutier de son état, est d'une bonne constitution, et n'a eu d'autres maladies que des ophtalmies, pendant qu'il habitait l'Egypte, et une éruption de « boutons du Nil. »

Son père jouit d'une bonne santé, mais sa mère souffre de rhumatismes.

Il mangeait beaucoup de charcuterie, et pendant l'été de 1881, il éprouva des démangeaisons par tout le corps. Quand il entra à l'hôpital, il avait une éruption généralisée de pemphigus.

Il n'avait pas eu de fièvre, mais trois jours après son séjour à l'hôpital la température monta à 39°, à 40° redescendit ensuite à 37°. 6. puis s'éleva de nouveau, présentant des oscillations entre 38° et 40°.

Son corps exhalait une odeur repoussante.

L'examen du sang ne fit rien découvrir.

L'urine renfermait des bactéries et de l'albumine.

En outre le liquide des bulles changea de nature et fit place à du sang.

La diarrhée s'établit, et malgré tout traitement tonique et reconstituant, julep au quinquina, sulfate de quinine, perchlorure de fer, alcool, le malade fut pris de vomissements et succomba.

A l'autopsie on trouva les bulles disparues. Le cerveau présentait un piqueté hémorrhagique dans sa substance blanche. Les poumons étaient congestionnés. Les reins n'avaient rien, mais M. Gibier pense que s'il avait pu les faire examiner, il aurait sans doute trouvé des bactéries.

Pendant le cours de la maladie, M. Gibier injecta le liquide des bulles, sous la peau d'un cobaye, d'un lapin et d'un chien, mais l'inoculation fut négative; il n'observa aucune manifestation pemphigoïde chez ces animaux; néanmoins le pemphigus ne serait pas exclusif à l'homme, car M. Gibier a vu deux chevaux atteints d'une éruption de pemphigus aigu sur la partie antéro-supérieure du corps. Il cite également le cas observé par Lafosse d'un pemphigus foliacé chez un mulet maigre et épuisé; et le cas de Scaman sur un taureau qu'on avait mis sans transition du régime sec au régime vert.

Plusieurs auteurs ont même noté le caractère épidémique du pemphigus chez les animaux. Comme traitement M. Gibier conseille d'employer les agents anti-zymotiques : injections sous-cutanées d'acide phénique; lavements anti-septiques; salycilate, et permanganate de potasse.

IV

Puisque nous parlons des affections parasitaires, nous devons citer le travail publié par Messieurs Cornil, médecin de l'hôpital de la Pitié et Suchard, interne des hôpitaux, dans les Annales de Dermatologie de 1881 (n° 4 page 653), sur les PARASITES DE LA LÈPRE.

Ces parasites consistent en des bâtonnets, très nombreux, disposés en faisceaux et logés dans les cellules du tubercule dermique constituant le caractère de la maladie. Ces bactéries sont situées profondément, et tant que l'épiderme du lépreux est intact il ne peut pas contagionner d'autres personnes.

Le travail de Messieurs Cornil et Suchard ne contient que l'anatomie pathologique de la lèpre. Pour la thérapeutique, nous trouvons dans les n° 2 et 4 des Annales de Dermatologie de 1881, des observations intéressantes. Ainsi le Dr Hansen de l'hôpital de Bergen (Norvège) a employé l'acide

salicylique et le salicylate de soude et une plante de la Trinidad le Hoang-nân. Sur 22 malades il en compta sept de guéris et quatre d'améliorés.

De son côté, le Dr Pérez, médecin à Ténériffe, a, sur les conseils du professseur, Langerhans, de Madère, employé la créosote à la dose de 0,025 millig. par pilules (3 à 5 par jour), et trois malades furent guéris après un an ou 18 mois de traitement.

(*à suivre*) Dr Armand Rizat.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

I

FAILLITE DU MÉDECIN EXERÇANT LÉGALEMENT LA PHARMACIE.

Dans le n° du 31 décembre 1881, je répondais à une question ainsi formulée : *Un médecin de campagne exerçant légalement la pharmacie peut-il être déclaré en faillite*, que le pharmacien étant commerçant, il pouvait être déclaré en faillite.

Un de vos adhérents, M. le Dr Varraihon relève ma réponse et vous écrit (n° 52. 1881 p. 644) qu'il croit la question plus nettement résolue que ne semble comporter mon avis. Il résulte, dit-il, d'une jurisprudence constante, que le médecin qui vend des médicaments uniquement aux malades qu'il a visités n'est pas reputé avoir fait acte de commerce, et ne peut-être, de ce fait, déclaré en faillite : il en serait autrement s'il vendait des médicaments à tous venants.

Je me permettrai de faire remarquer à mon honorable contradicteur que j'ai répondu très nettement a la question *telle qu'elle était posée*; car un médecin de campagne, qui exerce *légalement* la pharmacie, n'est pas autre chose qu'un pharmacien, partant un commerçant.

Mais j'aurais pû faire alors une remarque sur la position même de la question, et demander si un médecin de campagne peut exercer *légalement la pharmacie*. *Envisagée à ce point de vue*, la question n'est autre que celle du cumul des deux professions de médecin et de pharmacien. Ce cumul est-il possible, est-il légal? Si, oui, le médecin en question aura pu exercer légalement la pharmacie, mais il sera devenu commerçant et la question posée se résoud d'elle-même. Si, non, la situation est toute autre, car le médecin en question, n'ayant pu exercer légalement la pharmacie, il s'y sera livré *illégalement*; mais il n'en aurait pas moins, à mon sens, fait des actes de commerce qui le rendraient passible de la faillite, le cas échéant.

Le cumul des deux professions n'est interdit par aucun texte formel; mais il est évidemment contraire à l'esprit général de la législation sur la matière. Il se pourrait que celui qui a formulé la question à laquelle j'ai répondu, ait voulu prévoir le cas d'un médecin de campagne établi dans une localité où il n'y a pas de pharmacien et qui, par cela seul, est autorisé à délivrer des médicaments à ses malades.

S'il en est ainsi, la jurisprudence citée par M. le Dr Varraihon est applicable à ce cas, qui n'a rien de commun avec celui qui m'était soumis.

D'ailleurs il ne faudrait pas croire que cette jurisprudence ait une portée aussi large que M. le Dr Varraihon paraît le dire lorsqu'il avance que: « le médecin qui vend des médicaments « uniquement aux malades qu'il a visités n'est « pas réputé avoir fait acte de commerce. » Présentée sous cette forme, la proposition serait erronée.

Le principe est celui-ci : Le médecin ne peut pas vendre de médicaments, pas plus à ses malades qu'à d'autres. Ce droit appartient aux pharmaciens exclusivement.

Il n'y a qu'une exception à ce principe, c'est celle indiquée par l'art. 27 de la loi de germinal an XI, c'est-à-dire du médecin établi dans une localité où il n'y a pas de pharmacien. En ce cas la médecin, bien que vendant des médicaments, ne cesse pas d'être médecin et ne fait nullement acte de commerce. Il n'exerce pas la pharmacie.

En dehors de ce principe et de cette exception, le médecin qui vendrait des médicaments ne fut-ce qu'aux malades qu'il visite, commettrait une contravention et se livrerait à des actes qui, bien qu'illicites, n'en pourraient pas moins être considérés comme actes de commerce et exposer leur auteur à la faillite.

Je crois avoir élucidé la question, mais n'en suis pas moins disposé à examiner les objections qui pourraient être élevées.

Veuillez etc.

Le conseil judicaire, L. Oudin.

II

MÉDECINE LÉGALE.

Mon cher directeur,

Faut-il que nous inspirions bien peu de confiance à ces Messieurs du Parquet! — Un homme brutalise et frappe une jeune fille de ma commune; je suis appelé pour donner mes soins à la blessée; je constate une tuméfaction de la joue gauche et de l'oreille, d'où une boucle d'oreille avait été violemment arrachée, et de plus une ecchymose sur l'épaule du même côté. Les gendarmes arrivent et dressent procès-verbal. Ils me demandent *un certificat* que je rédige séance tenante, et dans lequel je constate les faits ci-dessus indiqués. Mon certificat arrive au Parquet, où sans doute l'auteur de l'aggression avait trouvé un protecteur. *Et l'on écrit, du Parquet, au maire de la commune*, pour savoir quelle foi on devait ajouter à mon certificat? — Comment trouvez-vous la chose? — C'est le maire lui-même qui m'a donné connaissance de la lettre du Parquet, en me disant qu'il trouvait une telle mesure injurieuse, non-seulement pour moi, mais encore pour le corps médical tout entier. — Et si je n'avais pas eu l'honneur, ou le bonheur d'être en excellents termes avec M. le maire, que serait-il arrivé?

Avouez que tout cela est profondément triste, et que c'est grand dommage que nous n'ayons aucun recours, — que je sache du moins, — contre de pareils abus.

Et *l'avoué* de l'accusé! Il fallait l'entendre, à l'audience, éplucher mon certificat! — Mais, heureusement encore, il me connaissait et j'étais assez bien avec lui; aussi s'est-il borné à interpréter *à sa manière* les faits relatés et les termes employés par moi, sans suspecter un seul instant ma bonne foi, ni mes connaissances médicales, tout en tâchant de blanchir son client le plus possible.

Bref, je l'ai échappé belle, et j'aurais bien pu être diffamé sous toutes les faces, comme l'a été en pareilles circonstances, il a quelques années, devant le même tribunal de Doullens (Somme), un de mes confrères les plus distingués.

Est-il bon de faire connaître ces faits si regrettables? Je ne le crois pas; il vaudrait mieux tâcher de trouver le plus tôt possible le moyen d'y remédier.

Agréez, Dr Pombourcq.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Traitement de la Dysménorrhée spasmodique et de la stérilité par la dilatation du canal cervical, au moyen de bougies métalliques graduées; *communication du Dr Godson à la Société obsétricale de Londres.* — Dans la moitié des cas observés par l'auteur, (cinq fois sur dix), la dilatation graduelle fut suivie de succès, c'est-à-dire de grossesse. Il attribue l'obstacle à l'écoulement cataménial, à la contraction spasmodique du tissu utérin, sans qu'on ait pu constater l'existence d'aucune obstruction empêchant l'introduction des sondes métalliques employées. Ces sondes sont de dimensions graduées. De ses observations le Dr Godson conclut : 1o Que sa méthode est plus simple et moins dangereuse qu'aucune autre proposée; 2o que la dilatation du canal cervical peut se faire sans danger dans le cabinet du médecin; 3o qu'il n'est pas utile de trop dilater; 4o que l'opération doit-être faite une semaine ou dix jours après les règles ; 5o qu'elle doit se pratiquer non pas plusieurs jours de suite, mais en une seule séance; avec une petite bougie pour commencer, puis avec d'autres dont le volume gradué ne soit pas pourtant assez exagéré pour déchirer la muqueuse; 6o enfin que la fécondation a paru succéder à la dilatation sus-mentionnée, après que la pratique de ce procédé a fait disparaître le spasme.

La méthode, excellente dans certains cas, n'est pas nouvelle; l'emploi du dilatateur à trois branches de Scanzoni nous paraît plus pratique dans la dilatation du col, puisqu'il permet sans sortir du col, l'instrument une fois introduit, de dilater suffisamment le canal pour vaincre tous les spasmes.

L'indication de détruire la sténose du col utérin ne sera-t-elle pas aussi bien remplie si l'on sy reprend à deux ou trois fois, plutôt que de tout brusquer dans une seule séance?

Dans des cas analogues à ceux cités par le Dr Godson, j'ai employé l'intrument de Scanzoni, j'ai combattu la sténose au moment même où elle était nuisible, au moment des règles. J'ai vu le flux impatiemment attendu, commencer et augmenter à la suite de la dilatation graduée et pratiquée avec douceur; en un mot mes malades ont guéri. Elles eussent peut-être recouvré la santé aussi bien par une brusque dilatation, mais aussi avec beaucoup plus de douleur pour le même résultat. Je crois aussi qu'il est important de faire ces manœuvres avant ou pendant l'écoulement menstruel; car la contraction du canal peut bien se reproduire, si elle est combattue trop longtemps avant l'arrivée des règles.

Britsh médic. Journal (18 janv. 82.)

*
* *

Du secours que la chirurgie peut prêter à la médecine, *discours du Dr Clifford, chirurgien-honoraire de l'hopital de Leeds.*

L'auteur s'élève à juste titre contre la scission, la barrière indûment établie entre la pratique de la chirurgie et celle de la médecine; et constate l'impuissance des médecins dépourvus d'éducation chirurgicale dans maint cas où ils auraient pu, faisant œuvre de chirurgiens, donner au patient un soulagement rapide, et même une guérison que la thérapeutique seule ne peut obtenir. Dans son discours, il passe en revue les différentes régions où il y a, par des manœuvres ou des opérations, bénéfice à obtenir dans le traitement de maladies s'adressant le plus souvent au médecin.

Les chirurgiens oculistes ont vulgarisé des notions qui sont aujourd'hui accessibles à tout médecin : grâce à eux, on sait qu'une fatigue latente de l'accommodation peut produire une variété de névrite optique indépendante de toute altération pathologique de l'encéphale. M. Brudenell, Carter et d'autres ont prouvé que souvent les douleurs de tête résultant d'un excès d'application à l'étude sont dues, non pas à une fatigue du cerveau, mais au travail exagéré de l'œil. — Une cornée irrégulière, un défaut caché de la réfraction, a pu amener une fatigue persistante des nerfs ciliaires, avec propagation aux centres nerveux voisins : des lunettes bien choisies ont rendu au malades ses aptitudes physiques au travail. La névrite optique négligée peut produire la méningite par propagation. M. Liebreich a constaté combien les déformations de la colonne vertébrale et autres affections de cette région sont souvent dûs aux désavantages d'une vision normale, ou à la forme et à l'emplacement défectueux des fenêtres des écoles publiques.

Les renseignements fournis par les auristes ne sont pas moins précieux. Souvent les vertiges prolongés, longtemps attribués à l'épilepsie ou à la dyspepsie, aujourd'hui bien étudiés, sont attribués à l'irritation mécanique de l'oreille par des productions morbides, ou l'influence de la syphilis, et peuvent être guéris par un traitement approprié. Il en est ainsi de certaines toux dues à l'irritation de l'appareil auditif. Les dangers que les altérations pathologiques de l'oreille interne faisaient courir à l'encéphale, sont aujourd'hui conjurés par des moyens chirurgicaux variés, notamment la perforation de l'apophyse masoïde. Les découvertes de Broca, de Hitzig, de Ferrier guident l'opérateur et l'éclairent chaque jour sur le siége des abcès de l'encéphale.

Les médecins doivent aux chirurgiens spéciaux du larynx de véritables révélations sur les manifestations locales des maladies constitutionnelles en ce qui touche entre autres, les tumeurs intra-thoraciques et les indications qu se présentent à leur sujet. Les nausées et les vomissements, l'affaiblissement, sont souvent dûs, chez certains malades, à l'écoulement des sécrétions putrides de l'ozène jusque dans l'estomac. L'œdème de la glotte jadis si redouté, est aujourd'hui, grâce au bistouri, bien moins effrayant, bien que le nombre des sujets que sauve le

trachéotomie soient encore peu considérable. La difficulté de nourrir les malades dans les affections du gosier serait souvent insurmontable surtout chez les enfants, si l'on n'introduisait par le nez des tubes en caoutchouc. Ces tubes agissent comme un syphon et servent à introduire dans l'estomac des malades du lait ou tout autre liquide alimentaire.

Les adénites cervicales srofuleuses, résultat de l'absorption de proche en proche des sécrétions muqueuses morbides de la bouche, du nez ou des oreilles, doivent être traitées par le bistouri ou le trocart ; les médicaments spécifiques préconisés ne donnent que des résultats peu satisfaisants.

Si l'audace des chirurgiens n'a pas réussi en portant les anti-septiques jusque dans les cavernes pulmonaires des phthisiques, ils ont été plus heureux dans les maladies de la plèvre. Quand l'épanchement est abondant, ou lent à se resorber, qu'il devient purulent, l'évacuation rapide et le drainage de la cavité par la méthode antiseptique abrègent d'une façon merveilleuse le cours de la maladie, préservent le poumon de la formation de fistules, et de l'infection par les produits putréfiés.

Dans l'hydropisie d'origine rénale, cardiaque ou autre, l'aspiration a complêtement pris la place des applications d'iode à l'extérieur. On peut revenir très souvent à cette petite opération qui épargne aux malades de grandes douleurs, et prévient la transformation purulente de l'épanchement. Même dans les affections cancéreuses on éloigne, par l'aspiration de l'épanchement, l'issue fatale. La paracentèse du péricarde, au moyen de l'aspirateur, a été pratiquée à plusieurs reprises avec succès. Elle est sans aucun danger, même quand le diagnotic est erronné.

Ce n'est pas seulement pour le traitement, mais encore pour le diagnostic des maladies internes que les procédés chirurgicaux sont indispensables bien souvent. Comment, sans les trocarts capillaires, se rendre compte de la nature des collections de produits pathologiques dans un organe profond, comme le foie, par exemple ? La paracentèse de cet organe est aujourd'hui aussi souvent pratiquée que celle de la plèvre. Les abcès y sont découverts, évacués par la ponction qu'on peut renouveler dans des directions différentes sans danger. Son emploi a, au contraire, modifié le pronostic jadis si redoutable de ce genre d'affections. Les kystes hydatiques sont vidés rapidement et guéris par ce moyen.

La chirurgie de la vésicule biliaire en est encore à ses débuts ; dans certains cas publiés par M. Tait et d'autres, une intervention hardie a pu sauver la vie des malades. La ponction systématique de la vésicule est le seul moyen de guérir les coliques dues au passage des calculs, qui suffisent à empoisonner l'existence des malheureux patients, et souvent amènent leur mort.

L'ascite sous toutes ses formes est incurable si l'on n'a recours qu'aux purgatifs, désespoir du médecin et du client. Ici encore la chirurgie vient à notre secours. Des ponctions répétées et faites à temps, donnent un soulagement rapide, et souvent la guérison.

Pour les maladies des reins, ce n'est plus à l'aspirateur seul qu'il faut recourir, mais à un moyen plus radical. Quand il y a un calcul immobilisé dans le rein de l'uretère, une pyélite avec ou sans calcul, le chirurgien met à découvert l'organe malade, lave les cavités avec des produits anti-septiques, extirpe une partie du rein ; le succès est limité ici par l'imperfection du diagnostic plutôt que par les moyens mécaniques. Même dans les cas incurables, un tube à drainage placé dans la région, donne une sortie plus aisée aux produits septiques, et préserve le malade du supplice de l'irritation de la vesssie. Mais il importe qu'on intervienne assez tôt. « Désormais », dit l'auteur, « je ne serai plus, comme naguère, le témoin désarmé de « la destruction lente d'une existence brillante et pleine « de promesses, par un calcul qui ne veut pas sortir ». On a osé dans ces derniers temps, mais pas assez, car l'autopsie a permis dans un cas de trouver un calcul qu'on aurait extrait si l'on eût osé pénétrer jusqu'à l'uretère. On a même pu dernièrement énucléer le rein entier avec un succès complet.

L'ouverture et l'exploration de la cavité abdominale est peut-être la plus grande conquête de la chirurgie moderne, et la médecine en bénéficie largement. Ce nous est, entre autre, une garantie contre les dangers de l'obstruction intestinale. Quand le repos, l'opium et les émollients ont échoué, il n'y a pas à hésiter ; en face de l'issue fatale, il faut agir.

Dans les cas de dilatation et de catarrhe de l'estomac, l'évacuation et le nettoyage de l'organe par le cathétérisme, préconisé par Kussmaul, peut seul prévenir la fermentation des sécrétions de cet organe, et l'assainir.

Les maladies du rectum peuvent simuler des affections qui sont du ressort de la pratique médicale : irritation de la vessie, ou de l'utérus, diarrhée, lumbago, sciatique, etc., et peuvent donner le change à un médecin inhabile à se servir de son doigt, comme moyen de diagnostic Les hémorrhoïdes profondes ne sont-elles pas souvent une cause d'ébranlement de la constitution. Les femmes prennent cet écoulement sanguin pour le flux menstruel, ou bien il passe inaperçu des malades des deux sexes qui ignorent ainsi, quand le médecin ne sait pas le reconnaître, la cause qui mine leur santé. La découvrir peut quelquefois leur sauver la vie. Chez les jeunes sujets, les exemples ne sont pas rares d'hémophilies devenues irréparables à la suite d'hémorrhagies abondantes ou répétées. S'il y a diarrhée ou constipation, le toucher rectal peut conduire au diagnostic d'affections, qui sans lui demeureraient inconnues, telles que fissures et fistules dont un traitement chirurgical obtient facilement la guérison.

Sans parcourir le vaste champ des affections uro-génitales, combien de fois le maniement habile de la sonde pourra-t-il éclairer le médecin sur la nature de malaises profonds.

Le chancre infectant de la syphilis au début, s'il est situé sur le prépuce, pourra motiver la circoncision qui atténuera les accidents spécifiques ultérieurs.

Dans certaines paralysies musculaires rhumatismales, ou après des contusions violentes, autrefois en quelque sorte abandonnées à elles-même, qui clouaient le malade sur son lit pour des mois, l'emploi systématique des frictions et du massage amène souvent une prompte guérison.

L'allongement des branches nerveuses est un moyen de calmer les douleurs des affections organiques et fonctionnelles de la mœlle épinière, aiguës ou chroniques, c'est un moyen à employer souvent.

En terminant, l'auteur rappelle à son auditoire les inappréciables services que les découvertes de Pasteur et les méthodes pratiques de Lister ont rendus à la médecine comme à la chirurgie.

(*Birmingham médic. Rev. janvier et février*, 82)

Dr M. Picard

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

25 Mars 1882 — 4me Année. — No 12

SOMMAIRE

BULLETIN

On se rappelle qu'à la dernière séance de l'académie M. Verneuil avait émis l'opinion que, dans la plupart des cas, il n'est pas possible de diagnostiquer, pendant la vie, la dégénérescence graisseuse du cœur. M. *Hardy* vient au contraire affirmer que, quand la dégénérescence cardiaque est assez avancée pour constituer un danger dans la chloroformisation, il est *habituellement* possible de la reconnaître, et les signes en sont les suivants : mollesse et lenteur du pouls, faiblesse des mouvements et des bruits du cœur, diminution ou disparition du premier bruit, enfin l'ensemble des symptômes ordinaires aux affections organiques du cœur existant sans les bruits anormaux dus aux lésions d'orifices, sans parler des symptômes que présentent les artères de l'arc sénile de la sclérotique, etc.

M. *Trélat* reprend ensuite la discussion sur la *chloroformisation*. Le jour même, dit-il, où M. Gosselin répétait avec Sédillot que le chloroforme, même légèrement impur, ne tue pas, lorsqu'il est bien administré, ce même jour, j'opérais un jeune homme de 20 ans pour un lymphadenôme simple de la région sus-hyoïdienne datant de cinq ans et gros comme une pomme de reinette. Nous n'avions reconnu aucune contr'indication à l'emploi du chloroforme. Cet agent avait été administré régulièrement et avec prudence. L'opération approchant de son terme, la compresse avait été enlevée et l'opéré respirait librement.

Au moment précis où je détachais les dernières attaches de la tumeur, le malade poussa un petit cri très court et porta la main droite vers le siège de l'opération; le tronc tout entier se souleva légèrement par une sorte de raidissement et l'un de mes jeunes collègues les plus distingués, M. le docteur Bouilly, qui tenait le pouls de la main gauche, me dit que ce pouls devenait insensible.

L'opération étant achevée, nous mîmes aussitôt en œuvre les moyens les plus énergiques : faradisation du nerf phrénique et du diaphragme (car j'ai toujours la machine prête chaque fois que j'emploie le chloroforme); inversion de la tête et du tronc, enfin respiration artificielle. Celle-ci fut exécutée d'une manière très puissante. Rien n'y fit. Au bout de 48 minutes nous abandonnions une lutte désormais inutile. Le coup de syncope traumatique réflexe était mortel, car rien n'avait pu en conjurer l'effet primitif et terrible.

C'était si bien une syncope réflexe par irritation traumatique que nous eûmes tous la pensée de rechercher si quelque nerf important de la région n'avait pas été froissé ou tiraillé pendant l'opération. Mais la tumeur étant superficielle, située sous le peaucier et en avant de la glande sous-maxillaire, ni le lingual, ni le grand hypoglosse n'avaient pu être touchés.

Il y a vraiment des coïncidences cruelles et vous conviendrez que le verdict prononcé par M. Gosselin était dur le jour où j'avais la douleur de perdre un malade sous le chloroforme, d'autant plus dur que la haute situation que ses travaux ont conquis à ce chirurgien donne à ses paroles une puissante autorité.

Mais sur quoi se fonde M. Gosselin pour émettre une telle proposition ? Sans doute le problème des causes de la mort par le chloroforme a été serré de plus en plus près, grâce aux recherches, aux travaux, aux découvertes accomplies pendant ces dix dernières années; mais si l'on a pu parvenir à distinguer, dans

les différentes phases de l'anesthésie chloroformique, les divers systèmes successivement envahis par l'influence de l'agent anesthésique: le cerveau, la moelle, le bulbe, il ne nous a pas été donné encore de déterminer la limite précise qui sépare, par exemple, l'action du chloroforme sur la moelle de son action sur le bulbe. Ainsi que l'ont très bien fait remarquer MM. Verneuil et Maurice Perrin, les opérés qui succombent à la chloroformisation ne meurent pas tous de la même manière, par des accidents de même forme, ni au même moment de la chloroformisation. Mon malade, par exemple, est mort évidemment de choc traumatique, l'opération étant complètement terminée; l'anesthésie ayant cessé depuis quelques minutes.

Peut-on admettre, avec M. Gosselin, que c'est toujours par intoxication, par surcharge de l'agent anesthésique que les accidents surviennent ? Non, car on a vu des malades mourir après avoir respiré 20 gouttes de chloroforme, d'autres 1 gram. 1/2 à 2 grammes.

La vérité est que les accidents mortels se sont produits avec tous les procédés et avec toutes les méthodes. Quels que soient ces procédés ou ces méthodes, on ne peut faire que le malade, soumis à l'influence du chloroforme ne traverse, du commencement à la fin, une série de passes dangereuses, une suite d'écueils où la vie est en péril et peut venir se briser.

Les dangers du chloroforme tiennent avant tout à l'action particulière qu'il exerce sur les centres nerveux ; or comme ce que l'on poursuit dans l'anesthésie, c'est l'action du chloroforme sur les différentes parties de ces mêmes centres nerveux, cerveau, moelle, il en résulte que, quoi que l'on fasse, il s'agit toujours d'affronter les dangers inhérents à l'anesthésie elle-même.

M. Gosselin a cherché, comme M. Maurice Perrin, comme M. Paul Bert et d'autres expérimentateurs, à déterminer quelle était la quantité totale de chloroforme qu'il ne fallait pas dépasser sous peine de surcharge pour le sang, et, par conséquent, d'accidents graves à redouter : il a fixé cette dose à dix ou onze grammes. Mais c'est là, qui ne le voit ? une détermination approximative.

Si donc M. Gosselin s'était borné à présenter sa méthode des inhalations intermittentes comme un procédé qui, sans être d'une parfaite précision, lui avait donné de bons résultats, comme un procédé de chloroformisation plus lente, il est vrai, mais plus sûre que la chloroformisation par le procédé généralement employé, ses collègues auraient été disposés à se conformer, en partie du moins, à sa manière de faire ; mais venir proclamer à la tribune de l'Académie que sa méthode est la seule bonne, la seule qui ne fait pas courir de danger aux malades et que, si les chirurgiens perdent des malades, c'est faute de se conformer aux préceptes de cette méthode unique, c'est là ce qui a révolté les collègues de M. Gosselin et les a amenés à protester les uns après les autres, malgré leur respect pour cet éminent chirurgien, contre des prétentions si absolues et si exorbitantes. Car jusqu'à présent, le procédé présenté par M. Gosselin n'offre pas une plus grande sécurité que les autres ; son auteur ne donne pas le moyen d'éviter le danger, il se contente de prononcer un verdict.

Lorsque mis en demeure, en quelque sorte, par Verneuil de dire s'il croit que, par son procédé, il garantirait la vie du quatre ou cinq millième malade qui, d'après les statistiques, succombe encore à la chloroformisation, M. Gosselin a répondu affirmativement ; ce chirurgien éminent, dont l'autorité est universellement reconnue, a prononcé là une parole dangereuse, capable de donner aux jeunes chirurgiens une sécurité et une audace grosses de périls et susceptibles même de compromettre l'avenir de la chloroformisation. Mais la parole de M. Gosselin, comme celle de M. Sédillot, passera et l'anesthésie restera, malgré tout, parce qu'elle a été pour la chirurgie, pour la pathologie chirurgicale, le diagnostic, la thérapeutique, une source de conquêtes précieuses, qui ont, en quelque sorte, changé la face de la chirurgie.

Oui, il faut le dire bien haut, le chloroforme est une puissance, et nulle puissance ne peut s'exercer sans danger ; l'art, la science parviennent jusqu'à un certain point à modifier les forces, mais ils n'en peuvent prévenir tous les écarts.

Il y a des moments où le chirurgien tient la vie de ses malades entre ses mains, et où il agit sans contrôle possible, n'ayant pour guide et pour lumière que la science et la conscience.

M. *Le Fort* cherche à montrer le danger qui résulte pour les chirurgiens de cette parole prononcée par une bouche autorisée comme celle de M. Gosselin. En 1853, le chirurgien Triquet fut condamné par les tribunaux pour un cas de mort par le chloroforme, malgré l'appui que lui donnèrent en cette circonstance Velpeau et Nélaton, qui affirmèrent que le chirurgien ne pouvait être rendu responsable de semblables accidents impossibles à prévoir. Aujourd'hui, plus que jamais, le chirurgien à qui pareil malheur arriverait serait impitoyablement condamné par les juges armés du texte écrit de M. Gosselin. Et cependant, qui oserait affirmer que M. Gosselin lui-même n'aura pas demain, malgré sa méthode, un cas de mort par le chloroforme? Simpson, lui aussi, dans le cours de sa longue carrière chirurgicale, n'avait jamais éprouvé d'accident. Un jour, en pratiquant sa trente-deuxième opération d'ovariotomie, il eut la douleur de voir subitement périr sa malade, au moment où il introduisait la main dans le ventre.

La chloroformisation, dans les mêmes hôpitaux et par la main des mêmes chirurgiens, a parfois donné des résultats très différents. Ainsi, à Londres, en dix-sept ans, de 1848 à 1865, sur dix-sept mille opérations, il n'y a eu qu'un seul cas de mort par le chloroforme, tandis que de 1865 à 1869, c'est-à-dire

dans l'espace de quatre ans, dans les mêmes lieux, on a compté six morts sur sept mille cinq cents opérations, soit un cas de mort sur douze cents opérés, au lieu d'un sur dix-sept mille. Pendant la guerre de sécession, aux États-Unis, sur quatre-vingt mille opérations, il n'y a eu que sept morts par le chloroforme, soit un mort sur onze mille opérés. Konig, sur sept mille opérations, n'a pas eu de mort; Nussbaum, sur quinze mille, n'a perdu qu'un seul malade; Billroth, enfin, sur douze mille cinq cents opérations, n'a pas eu un seul cas de mort. Et cependant aucun de ces chirurgiens n'emploie la méthode de M. Gosselin.

En recherchant dans l'ensemble des recueils scientifiques, depuis l'emploi du chloroforme, les accidents survenus pendant les opérations pratiquées après anesthésie, on trouve la relation d'un grand nombre de cas de mort; mais on n'est pas toujours parfaitement édifié sur la cause de la mort. On trouve même des cas dans lesquels la mort est survenue sans que le chloroforme ait été administré. Ainsi, le docteur Cazenave (de Bordeaux) avait à opérer un malade pusillanime; pour l'habituer à la manœuvre de l'inspiration, il lui met sous le nez une compresse sans une seule goutte de chloroforme; à la quatrième ou cinquième inspiration, le malade tombait raide mort par syncope. Simpson (d'Edimbourg) envoie chercher un flacon de chloroforme pour opérer un malade; le flacon tombe par terre et se casse, le chloroforme se répand; n'en ayant pas d'autre sous la main, le chirurgien pratique l'opération sans chloroforme; dès la première incision survient une syncope qui emporte le malade.

Dans quatre cas, les malades meurent par asphyxie que l'on n'eût pas manqué d'attribuer au chloroforme, si l'autopsie n'avait démontré que l'asphyxie avait été produite par l'introduction, dans les voies respiratoires, de matières alimentaires rejetées par les vomissements. On pourrait citer de nombreux exemples analogues.

La théorie de M. Gosselin, qui explique tous les accidents par l'empoisonnement du sang ou la surcharge du bulbe, n'est pas meilleure que celle de Malgaigne attribuant toujours la mort à l'asphyxie. M. Le Fort a réuni dix-neuf cas dans lesquels les malades sont morts après avoir absorbé seulement 2 grammes de chloroforme, contenu dans un appareil qui laissait l'accès libre à l'air. Ces malades ne sont pas morts d'empoisonnement, mais de syncope.

M. Gosselin dit que la dose maniable du chloroforme est de 20 grammes; or, presque jamais, dans les cas de mort par le chloroforme, cette dose n'a été atteinte. M. Le Fort a pu réunir au moins cent-cinquante observations dans lesquelles la dose de 20 grammes n'a certainement pas été inspirée.

M. Gosselin dit que les centres nerveux doivent être seulement *caressés* par les vapeurs du chloroforme; mais, pour produire l'anesthésie, il faut qu'ils soient *touchés*. D'ailleurs, on peut citer un chiffre de quatre-vingt-treize malades ayant succombé avant l'anesthésie effectuée, par conséquent, en dehors de tout empoisonnement.

Les convictions de M. Gosselin sur l'excellence de sa méthode ne sauraient remplacer l'absence des données scientifiques. Or, aucune donnée de cette nature ne prouve que sa méthode puisse mettre les malades à l'abri des accidents. Les intermittences qu'il préconise ne sont rien qu'une apparence. On ne sait ce qui se passe; s'il est vrai qu'en douze secondes le sang se débarrasse du chloroforme par la peau, les poumons, les reins, à quoi cela peut-il aboutir, si ce n'est à une perte de chloroforme. Ce chloroforme perdu, il faut le remplacer sous peine de voir l'anesthésie traîner indéfiniment. Et comment expliquer, avec la doctrine des intermittences, les cas de mort survenus plus ou moins longemps après la cessation des inhalations?

La discussion sera continuée à la prochaine séance. M. Gosselin prendra le premier la parole pour répondre aux différents orateurs qui se sont succédés à la tribune : nous doutons qu'il parvienne à convaincre ses auditeurs et qu'il puisse combattre avec succès les arguments très sérieux que ses contradicteurs lui ont opposés.

Dr J. GEOFFROY.

— Le rapport de la *commission de révision de la législation médicale* étant achevé, la commission est invitée à se réunir pour en entendre lecture et en discuter les conclusions le mercredi 29 mars 1882, à 4 heures précises.

L'HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

(*Fin*)

Il nous est arrivé parfois de nous plaindre en voyant l'enseignement pratique un peu trop négligé dans les Facultés de médecine et, en particulier, dans la Faculté de Paris; nous disions, qu'avant tout, il convenait de former des praticiens et nous réclamions tantôt sur un point, tantôt sur un autre.

Il y a quelques mois, nous constations l'état déplorable de l'enseignement de l'obstétrique et nous nous déclarions hautement en faveur de la création d'accoucheurs des hôpitaux. Naguère encore nous signalions une autre lacune de l'enseignement officiel et demandions qu'au moins un agrégé fût chargé d'un cours d'hydrologie et de climatologie médicales. Si les questions de pratique ont plus souvent attiré notre attention, nous ne voudrions pourtant pas que l'on nous crût ni-

sensible aux questions de science pure et de philosophie médicale, car nous sommes parfaitement convaincu que c'est une nécessité absolue de maintenir le haut enseignement au niveau qu'il a su atteindre.

L'enseignement pratique est sans doute celui vers lequel se portera toujours la masse des étudiants qui ne voient dans le diplôme que l'accès à une carrière ; mais le nombre de ceux qui visent plus haut fût-il encore plus restreint, nous n'en resterions pas moins fidèles à cette conviction que la science pure ne peut être négligée de quiconque aspire au professorat ou même, plus modestement, veut tenir un rang honorable dans la presse médicale. Or, si nos Facultés doivent faire des praticiens sérieux, elles doivent aussi faire des maîtres instruits et des écrivains autorisés.

C'est ainsi que nous proclamons la légitimité, à Paris du moins, d'une chaire d'Histoire des sciences médicales ; nous pourrons demander la création de chaires nouvelles ou le dédoublement de chaires anciennes, mais jamais nous ne nous ferons l'écho de ceux qui les voudraient voir instituées à la place d'une autre chaire réputée par eux *moins utile* ; et cependant ces chaires *moins utiles* ont-elles produit les résultats qu'on en pouvait attendre? N'ont-elles jamais donné prise à de justes critiques?

La chaire de l'Histoire des sciences médicales, de fondation encore bien récente, a vu déjà se succéder plusieurs titulaires, chacun d'eux apportant sa méthode particulière : qu'a-t-elle pourtant donné jusqu'ici ?

Il est, nous le savons, plusieurs façons différentes de comprendre ce que doit être un tel enseignement, mais ce qui nous a toujours profondément étonné, c'est qu'on n'ait pas su se mettre d'accord sur *ce qu'il ne devait pas être.* Il pourrait sembler quelque peu ridicule de dire que l'histoire des sciences médicales n'est ni l'anthropologie, ni la pathologie, et pourtant n'avons-nous pas le droit de tenir un tel langage?

Certes nul moins que nous ne voudrait introduire dans le débat des questions de personnes, notre critique vise plus haut et s'adresse par-dessus tout à l'organisation défectueuse de l'enseignement et du mode non moins défectueux suivi pour la nomination du professeur.

Cet enseignement de l'histoire des sciences médicales doit éviter de porter sur des sujets trop restreints — on tombe dans la pathologie ou dans l'anthropologie, — il doit au contraire rouler sur des idées générales, qu'il s'agisse de l'étude des doctrines médicales successivement en faveur ou de recherches sur quelque point longtemps ignoré ou contesté. Nous comprenons l'*histoire du parasitisme*, nous ne comprenons pas l'*histoire de tel ver intestinal*; nous comprenons l'exposé des doctrines d'une époque intéressante, nous ne comprenons pas la description d'un os trouvé dans tel ou tel terrain.

Et si l'on veut que cet enseignement présente un intérêt véritable, si l'on veut que le professeur parle pour des auditeurs et non pour les banquettes, il faut qu'on demande à ce professeur des qualités dont peuvent aisément se passer ses collègues. Il faut qu'un professeur d'histoire puisse juger par lui-même un texte et ne soit pas obligé de s'en rapporter à telle ou telle traduction, à tel ou tel commentaire. Il faut que les langues anciennes lui soient assez familières pour que le rapprochement des textes, les comparaisons, les développements donnés ailleurs lui permettent de se faire une conviction propre. Il faut, en un mot, que l'enseignement ait un caractère personnel et original.

Mais, croit-on que ce soit là des qualités tellement courantes qu'on puisse restreindre son choix au cercle des agrégés?

Nos agrégés sont instruits autant qu'on peut l'être médicalement parlant, leurs noms figurent avec honneur parmi ceux des hommes de progrès et d'étude. Mais combien s'en trouve-t-il pour lesquels soient familières les langues anciennes?

L'un d'entre eux, s'adressant à l'un de nos plus intelligents collaborateurs, disait naguère : « Vous n'arriverez pas, vous êtes trop littéraire, » et, en tenant un pareil langage, il pensait évidemment que des études aussi absorbantes que peuvent l'être celle des littératures ancienne et moderne et celles qui conduisent à l'agrégation des Facultés de médecine ne peuvent marcher de pair, — pour arriver, il faut opter.

La préparation à la chaire de l'histoire des sciences médicales se rapproche autant de l'agrégation des lettres que de l'agrégation médicale : quel est donc l'aspirant à cette dernière qui doublera, qui triplera le temps ordinairement accordé aux études littéraires pour arriver à comprendre d'une façon à peu près sortable le latin et le grec?

Mais c'est dans le cercle des agrégés qu'on doit choisir et, dût le futur enseignement en pâtir, on ne dérogera pas au principe. N'a-t-on pas, d'ailleurs, la précieuse ressource des permutations. Ne pourra-t-on, le jour où le professeur dégoûté comprendra qu'il est de sa dignité de se retirer, le transférer dans une autre chaire, quelle qu'elle soit? — On en sera quitte pour déclarer vacante la chaire malencontreuse et pour recourir encore une fois au mode de nomination que l'on connaît.

Aussi les résultats sont-ils déplorables.

Le maître, nullement préparé aux travaux qui lui sont nécessaires, s'épuise en efforts stériles; il essaie de tous les genres, change chaque année sa manière de faire et n'en voit pas moins son cours de plus en plus délaissé. Les élèves s'habituent de leur côté à considérer comme inutile cette branche de l'enseignement et s'étonnent qu'on ait pu songer à créer cette chaire alors qu'il en manque tant d'autres.

La Faculté, si elle veut rendre à l'histoire des sciences médicales la place qu'elle mérite d'occuper dans le haut enseignement, doit agir autrement : il lui faut encourager les tentatives heureuses des jeunes praticiens qui, avant d'embrasser la carrière médicale, ont peut-être songé à l'enseignement; elle doit stimuler leur zèle, appeler leur attention sur tel ou tel sujet, proposer des prix, etc... elle doit surtout se faire une règle absolue de choi-

sir, le cas échéant, parmi ceux que leurs travaux antérieurs ont suffisamment distingués.

Pour faire un civet, il faut un lièvre; peut-être passerions-nous qu'à défaut de lièvre on prît un lapin; mais que tout d'abord et de propos délibéré on choisisse un chat, c'est ce que nous ne pouvons admettre.

Dr A. GASSOT.

MÉDECINE PRATIQUE

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES PHTHISIES LATENTES OU LARVÉES.

Empruntons ce titre à d'intéressantes leçons que M. le professeur A. Fabre a faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et dans lesquelles on retrouve cet excellent et ingénieux esprit clinique dont nous avons déjà, l'an dernier, donné la preuve à nos lecteurs, en citant ses travaux sur l'évolution des cardiopathies. Précisons, à son exemple, le sens de ces deux expressions : phthisie latente' phthisie larvée.

La phthisie pulmonaire est *latente*, si les signes physiques et rationnels, qui constituent d'ordinaire les bases du diagnostic, font défaut; la phthisie est *larvée*, lorsque ses signes physiques et rationnels sont masqués par des phénomènes d'auscultation et par des troubles fonctionnels qui proviennent d'un état morbide intercurrent. Or, l'expérience clinique démontre que ces deux modes insolites d'évolution de la phthisie ne sont pas très rares; il est bon d'être mis en garde contre les erreurs de diagnostic et de pronostic, parfois très fâcheuses, qui peuvent être la conséquence de ces allures insidieuses affectées par une affection, en général, hélas ! aussi facile à reconnaître que malaisée ou impossible à guérir.

Nous allons donc passer sucessivement en revue les principaux cas embarrassants que de récentes publications ont signalés à l'attention des praticiens.

I

Si une phthisie pulmonaire peut rester latente par défaut des signes physiques sur la constatation desquels nous sommes habitués à baser notre diagnostic, c'est souvent dans les conditions suivantes.

Les tubercules pulmonaires à l'état de granulations grises, si celles-ci sont assez disséminées et distantes les unes des autres, ne donnent naissance à aucun signe physique appréciable; et on le conçoit facilement. Qu'arrive-t-il en effet dans les cas ordinaires? Un assez grand nombre de granulations très voisines, finissant par fusionner, constituent des amas ou masses tuberculeuses, qui, accumulées dans un espace restreint, modifient les conditions physiques de densité pulmonaire; par suite de ces modifications, les caractères acoustiques du bruit respiratoire normal sont changés, des bruits adventices remplacent celui-ci ou s'y surajoutent. C'est ainsi qu'un premier degré d'accumulation, obstruant les alvéoles et les plus fines bronchioles, fait perdre au murmure vésiculaire le timbre moelleux normal, rend la respiration inégale, saccadée, rude, ou, suivant une expression qui fait image, granuleuse ; de la compression des petites bronches et des bronches plus volumineuses, suivant qu'elle est plus ou moins marquée et de l'induration pulmonaire concomitante résultent des râles plus ou moins sonores, un souffle bronchique plus ou moins intense. Il n'est pas malaisé de comprendre qu'en dehors de ces conditions, les signes physiques fassent défaut ou soient inappréciables à l'oreille.

Les signes d'auscultation peuvent encore faire défaut, quand, par suite de l'inégalité de leur répartition ou de leur densité, les masses tuberculeuses caséifiées, *même* assez volumineuses, conduisent mal et ne transmettent pas à la paroi thoracique les bruits produits dans l'appareil bronchique. On peut alors ne percevoir absolument aucun bruit ni normal, ni adventice; et l'on a, avec justesse, comparé cet état à celui de la pneumonie massive, source féconde en erreurs de diagnostic. — Il va de soi qu'une observation attentive et journalière permettra au bout de quelque temps, si on suit le malade, de saisir les modifications inévitables que produiront dans les signes d'auscultation, le ramollissement graduel et l'évacuation par les bronches de la masse caséeuse, la formation de cavernules ou de cavernes. Mais il faut que l'évolution prenne une allure chronique, autrement la caséification presque totale et la transformation des poumons en blocs compactes auront tué le malade par asphyxie, sans que l'oreille du médecin ait pu percevoir des signes physiques en rapport avec l'intensité de la dyspnée.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'il y a dans la phthisie pulmonaire deux éléments à envisager, ainsi que l'a fait remarquer M. Peter, la tuberculisation du poumon qui, en elle-même, ne donne lieu qu'à peu de signes et est, de sa nature, à demi-latente, et d'autre part l'élément congestion, inflammation bronchique, auquel sont imputables les râles ou craquements humides; quant aux craquements secs, quelques-uns sont imputables aux frottements pleuraux. — La conséquence de cette notion est que, si la poussée congestive circumtuberculeuse vient à cesser d'elle-même ou sous l'influence des révulsifs cutanés, les râles, craquements et autres bruits adventices qu'on avait constatés quelques jours auparavant peuvent avoir disparu; on doit pourtant se garder d'en conclure que les choses marchent très bien et que l'affection est entrée dans une voie d'amélioration rassurante. Le processus tuberculeux continue, mais il est retombé dans l'état de latence; il poursuit silencieusement son œuvre de destruction jusqu'à la prochaine poussée de congestion bronchique ou d'inflammation pleurale qui ramènera les signes d'ausculation tout aussi nombreux qu'auparavant.

II

Si la phthisie n'est pas latente, elle peut être

larvée, soit au point de vue des signes rationnels par la coexistence d'autres affections soit locales, soit générales.

Ainsi l'existence chez les vieillards de ces vieux catarrhes bronchiques avec leur cortège obligé et bruyant de gros ronchus ne permet quelquefois pas de saisir facilement les craquements de la phthisie plus délicats, plus fins ; il faut alors ausculter le malade, après l'avoir fait tousser à plusieurs reprises et lui avoir ainsi momentanément désobstrué l'arbre bronchique des plus grosses mucosités.

L'emphysème est peut-être l'affection qui dissimule le mieux la phthisie, et cela de plusieurs manières que M. Fabre a fort bien analysées. En effet, la sonorité qui lui est propre tend à compenser la matité que produisent les agglomérations tuberculeuses voisines des points emphysémateux. Ensuite il a ses râles sibilants et ronflants, puisqu'il ne va pas sans bronchite chronique, et s'il masque quelquefois la phthisie, il lui arrive, par contre, de la simuler, lorsqu'une dilatation bronchique vient à se produire dans la région du sommet, en donnant naissance à des signes cavitaires. Enfin il entrave l'apparition des symptômes rationnels généraux en ralentissant l'extension du processus tuberculeux par un mécanisme dont nous avons dit un mot dans un article antérieur relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire par les altitudes. — On a conseillé, pour découvrir au milieu des parties sonores les points de matité correspondant à des noyaux tuberculeux, d'explorer minutieusement et symétriquement les régions sous-claviculaires et les fosses épineuses, en percutant avec douceur et sur une petite surface à la fois, c'est-à-dire, sur la dernière phalange d'un seul doigt.

La pleurésie a été, plus d'une fois aussi, une cause d'embarras dans le diagnostic de la phthisie, non pas seulement au point de vue que nous signalions plus haut des frottements fins simulant les craquements et dus à la pleurésie sèche, mais encore au point de vue des prévisions qu'impose l'existence d'une pleurésie avec épanchement relativement à l'état du poumon qu'elle masque.

Ici nous sommes heureux de saisir l'occasion d'ouvrir une parenthèse pour signaler à ceux d'entre nos lecteurs qui ne les connaîtraient pas encore, les très intéressantes recherches publiées récemment par M. Grancher, passé maître dans les nuances délicates de l'auscultation. Ces recherches ont porté sur un phénomène d'auscultation, bien connu depuis Skoda qui l'a découvert et dont il porte le nom, le tympanisme sous-claviculaire ou bruit skodique.

III

On sait qu'en percutant la région sous-claviculaire, il arrive, dans certains cas, qu'on y découvre une exagération manifeste de la sonorité; ces cas sont encore assez nombreux. Cette sonorité exagérée est tantôt d'un timbre grave et tantôt d'un timbre clair. D'après Barth et Roger, le ton exagéré d'un timbre grave se rencontre dans le pneumothorax; celui dont le timbre est clair s'observerait dans les cavernes, les dilatations bronchiques et surtout les épanchements pleuraux. C'est dans la pleurésie surtout, M. Woillez l'a confirmé, lui si compétent en fait de percussion, que ce signe existe, et Traube en a tiré une intéressante conclusion au point de vue de la quantité de l'épanchement; le son tympanique à sonorité basse s'observe dans les cas d'épanchement médiocrement abondant; quand le liquide pleurétique arrive au niveau du mamelon, le son tympanique est d'une tonalité aiguë.

Mais ce n'est pas seulement de la quantité de liquide contenu dans la plèvre que M. Grancher veut faire servir la constatation du signe de Skoda; c'est à l'appréciation de l'état du poumon comprimé par cet épanchement. Sans le suivre dans le détail de ses explications théoriques qui nous mèneraient trop loin de notre sujet, contentons-nous d'en dégager les conclusions. — La méthode de M. Grancher consiste à examiner parallèlement les résultats fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation : la percussion faisant constater un son tympanique sous-claviculaire, il s'agit de savoir si les vibrations thoraciques et le bruit respiratoire seront également accrus en intensité, ou diminués tous deux, ou l'un augmenté et l'autre amoindri.

La question ainsi posée se résout en trois combinaisons possibles, que M. Grancher a cherché à rendre frappantes aux yeux, par l'emploi de schémas en signes algébriques; mais ceci importe peu.

a. Quand tous les signes fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation sont accrus, c'est-à-dire que le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne de vibrations plus fortes et d'une respiration exagérée, c'est que le poumon est sain. Il est comprimé sans doute par l'épanchement et c'est pour suppléer aux parties qui ne fonctionnent plus que les autres respirent plus fortement: d'où le nom de *tympanisme de suppléance* que lui a donné M. Grancher.

b. La sonorité restant toujours exagérée, si les vibrations sont accrues aussi, mais le murmure respiratoire affaibli, c'est que le sommet du poumon est le siège d'une congestion, presque toujours de nature tuberculeuse ; c'est le *tympanisme de congestion*.

c. La sonorité reste toujours tympanique, mais les vibrations sont diminuées, le murmure respiratoire l'est aussi : c'est la variété la plus rare; M. Grancher l'a vu coïncider avec la compression du hile du poumon ou des grosses bronches du lobe supérieur, ou avec un œdème pulmonaire coexistant à l'épanchement pleural : tel est le *tympanisme de compression*.

Il est bon d'ajouter que ces considérations ne sont pas de pures inductions théoriques; elles sont basées sur des observations déjà assez nombreuses dans lesquelles les faits annoncés du vivant des malades ont été vérifiés à l'autopsie ou confirmés par l'évolution favorable; M. Grancher paraît autorisé à conclure que, grâce à cet ensemble de signes physiques, on peut, dans les pleurésies avec épanchement, diagnostiquer l'état sain ou pathologique du lobe supérieur du poumon.

IV

Mais revenons à nos phthisies larvées.

Au point de vue des signes stéthoscopiques, deux cas de tuberculose autre que celle du larynx peuvent marquer la phthisie ulcérative du poumon. Dans certaines phthisies laryngées, les bruits de cornage qui se passent dans le larynx sont transmis à l'oreille qui ausculte avec une telle intensité et un timbre si strident, que les bruits pulmonaires sont impossibles à percevoir, à moins d'ausculter le malade pendant qu'il tousse et à l'extrémité externe de la fosse sus-épineuse où les bruits laryngiens n'arrivent pas.

La tuberculisation des ganglions bronchiques peut aussi contribuer à égarer le diagnostic, au moins à lui enlever une partie de son exactitude, en donnant de la matité à la percussion dans la région interscapulaire, du souffle et même de petits gargouillements produits par le retentissement des bruits trachéo-bronchiques à travers l'induration pulmonaire. L'indication est de percuter et d'ausculter en d'autres points, en dehors et en avant.

D'autres causes encore rendent la phthisie larvée, même chez des tuberculeux. La folie se déclare-t-elle chez un phthisique, sa maladie semble s'arrêter ou du moins les signes rationnels disparaissent. Il paraîtrait qu'Hippocrate le savait déjà; d'ailleurs tout n'est-il pas dans Hippocrate? Bref la suppression de l'expectoration et de la toux permettent d'oublier la phthisie; et, probablement parce que le mouvement fluxionnaire, agent de l'extension des tubercules, est détourné du poumon, les signes physiques restent stationnaires ou progressent très lentement.

La tuberculisation du péritoine, des organes génitaux, de l'appareil urinaire, déterminant des complexus symptomatiques très particuliers, pourrait contribuer peut-être à faire méconnaître la tuberculose du poumon. Il semble pourtant qu'il faille être un clinicien assez distrait ou à bien courte vue pour négliger de dépister celle-ci dans de tels cas. Nous arrêterons donc ici la liste des hypothèses relativement au diagnostic différentiel ; nous tenions surtout à analyser des travaux récents et d'un réel intérêt, mais nous devons nous garder de rééditer les classiques.

Paul Gerne.

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU.

(*Fin*)

V

DE L'INFLUENCE DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES AFFECTIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX INDÉPENDANTES DE LA SYPHILIS.

Tel est le titre d'une communication faite par le Dr Séguin à la *Société nécrologique* de New-York, et dont nous trouvons le compte-rendu daus le Bulletin de thérapeutique du 28 février.

Dans cette séance (3 janvier 1882), le Dr Séguin a combattu l'opinion que la guérison d'une affection nerveuse, par l'iodure de potassium n'impliquait pas l'idée que cette affection était de nature syphilitique.

Malheureusement quelques-uns des faits cités par lui sont loin d'être probants.

Il divise les cas contre lesquels il a dirigé la médication ioduro-potassique en trois groupes ; et chacun des groupes contient trois observations.

1er *Groupe*. — 1er *Cas*. — Enfant de neuf ans. Rougeole en Avril 1874. Symptômes paralytiques, névrite optique et autres troubles nerveux atténués par l'iodure de potassium. Mort du malade six ans après, et, à l'autopsie, on trouva une tumeur sarcomateuse du côté gauche (pas d'indication sur le siège exacte du néoplasme).

Le 2e *Cas* est à peu près semblable, sauf qu'il n'y avait pas de symptômes paralytiques. Seulement une marche chancelante, et de l'exophtalmie. L'iodure apporta une certaine atténuation dans la gravité des symptômes. Mais l'enfant n'en mourut pas moins et, à l'ouverture des organes encéphaliques, on trouva un fibro-sarcôme du cervelet qui, par sa compression sur les veines de Gallien avait produit l'hydrocéphalie.

3e *Cas*. — Quatre mois après une chute sur le pavé, un enfant de 14 ans fut pris de nausées, de vomissements puis de convulsions généralisées. Peu à peu paralysé des membres, surtout à gauche. Amélioration marquée par l'iodure de potassium, mais une aggravation se fit dans l'état du malade qui mourut d'une méningite aiguë. A l'autopsie on trouva un sarcôme du cervelet.

2e *Groupe*. — 1er *Cas*. — Hémianesthésie incomplète accompagnée de démence. Pas de trace de syphilis. Guérison de l'hémianesthésie en quelques semaines. Persistance de la démence.

2e *Cas*. — Paralysie de la troisième paire crânienne. Parésie et ataxie des membres. Homme de vingt-neuf ans. Excès de bière et de tabac. En juillet 1878 campant dans un bois. Il se réveille avec une paralysie de la troisième paire crânienne gauche. Quelque temps après, la troisième paire du côté droit fut aussi atteinte. Bientôt après, développement de l'ataxie. L'administration de l'iodure de potassium amena la guérison presque complète de la maladie des deux paires crâniennes, mais n'eut aucune influence sur la marche de l'ataxie.

3e *Cas*. — Hémi-épilepsie droite avec aphasie. Jeune homme bien conformé, pas de de syphilis. Attaques épileptiques occupant le côté droit, nullement améliorées par le bromure de potassium ; complètement guéries par l'iodure de potassium.

Le 3e *Groupe* contient trois cas de méningite de la base. Le 1er, chez une fille de six ans ; le 2e, chez une fille de 14 ans ; le 3e chez une fille de 5 ans.

Ces trois enfants présentèrent également des troubles de la vision , mais chez tous les trois l'iodure de potassium amena la guérison.

Tels sont les faits, et le Dr Seguin ajoute que toutes ses recherches pour trouver des signes de syphilis chez ses malades furent absolument sans résultats. (La dose d'iodure variait de 1 gr. 80 à 9 grammes par jour.) Sa communication tend donc

à prouver que l'iodure de potassium peut produire des améliorations dans des affections nerveuses indépendantes de la syphilis. Personne ne conteste ces assertions thérapeutiques; mais dans les observations qu'il donne à l'appui de son dire, il en est qui sont rien moins que concluantes. Nous allons les examiner les unes après les autres.

Celles du premier groupe, qui contiennent des faits de sarcômes, doivent être mises hors de cause. A coup sûr, elles n'étaient pas syphilitiques. Et l'amélioration passagère qu'éprouvèrent les malades, par suite de l'iodure de potassium, tient à l'action physiologique de l'iode et des iodures. Ces médicaments agissant sur les éléments conjonctifs embryonnaires qui se produisent dans toute irritation; que celle-ci soit due à une altération vasculaireidéopathique, ou que cette dernière soit due à une cause inflammatoire quelconque. Or, dans les trois cas du premier groupe, les tumeurs sarcomateuses comprimant l'appareil vasculaire du cerveau et du cervelet provoquaient cette prolifération cellulaire au même titre q'une ligature, et l'iodure peut agir au début de l'altération des vaisseaux; mais, peu à peu, le développement des tumeurs cérébrales, vint contrebalancer puis abolir l'effet de l'iodure. Dans ces trois premiers cas, M. Seguin a donc raison de ne faire jouer aucun rôle à la syphilis dans l'étiologie des troubles nerveux.

Dans le second groupe les faits sont matière à discussion. Le premier cas montre une hémi-anesthésie guérie par l'iodure. Ceci est déjà une forte présomption en faveur de la nature syphilitique de l'affection. Mais sans mettre en doute l'affirmation du Dr Séguin sur l'absence de toute trace de syphilis, l'emploi de l'iodure dans cette circonstance, et l'amélioration qui s'en est suivie ne fait que confirmer les essais thérapeutiques de ce médicament faits en France et ailleurs, pour la guérison des maladies nerveuses non syphilitiques.

Quant au second cas, rien que l'énonciation des symptômes prouve que le malade était syphilitique. Comme premier symptôme, nous voyons paralysie de la troisième paire crânienne gauche (moteur oculaire commun). Or, la plupart des ophtalmologistes ont confirmé cette opinion de Ricord que: « Une paralysie occulaire c'est, dans la plupart des cas, la signature de la vérole sur l'œil d'un malade. » On pourrait objecter que le malade était couché la nuit dans un bois; et que ce serait une paralysie *a frigore*. Oui, si la paralysie était localisée sur un seul œil; or, que voyons-nous : quelque temps après, une paralysie de la troisième paire droite, et bientôt après développement de l'ataxie. Peut-on admettre que le froid ait été assez intense pour développer ces trois affections nerveuses ? Et nous avons enfin l'âge du malade; et surtout la guérison complète des troubles oculaires par le traitement ioduré. Quant à l'ataxie, qu'elle n'ait pas été influencée par le traitement, rien de surprenant d'après les faits que nous avons cités au commencement de cet article.

Le troisième cas est encore plus concluant en faveur de la nature syphilitique. C'est l'hémi-épilepsie dont fut atteint le malade ; et laquelle est, pour ainsi dire caractéristique de la syphilis. (Fournier, Charcot, Maurice). Et le Dr Séguin y donne lui-même un cachet affirmatif en disant que le bromure de potassium ne produisit aucune amélioration, tandis que l'iodure de potassium amena la guérison complète.

Quant aux faits du troisième groupe: Cas de méningite de la base. Tous les médecins des enfants ont observé des guérisons avec l'iodure de potassium; mais encore ces méningites guéries ont, ou le caractère épidémique, ou le caractère tuberculeux. Nous dirons, pour conclure, que quelque intéressants que soient les faits relatés par le Dr Séguin, il ne font que confirmer ce qu'on sait déjà depuis longtemps en France, en Angleterre, en Allemagne, c'est-à-dire l'heureuse action de l'iodure de potassium sur des maladies absolument indépendantes de la syphilis; et pour n'en citer que deux : nous nommerons le rhumatisme et l'asthme. Si maintenant nous retournons quelques années en arrière, nous voyons Lisfranc l'administrer aux nourrices qui désirent tarir la sécrétion lactée, à la dose de 0, 50 centigrammes, un gramme au plus par jour et produire des résultats immédiats. Cette médication est employée, dans ce but, par beaucoup de praticiens, sans qu'il leur vienne à l'esprit de dire que la nourrice est syphilitique.

Dr Armand RIZAT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

ASSURANCES SUR LA VIE.

Séance du 1er décembre de l'Association locale de la Charente. — Présidence de M. le Dr Bessette.

M. H. NADAUD, d'Angoulême, donne lecture de son rapport sur *les Assurances sur la vie*.

Depuis quelques années déjà, la question des Assurances sur la vie a été traitée à plusieurs reprises, soit dans la presse médicale, soit dans les assemblées des Sociétés locales.

Des projets variés ont été mis en avant : les uns proposaient de faire une Société mutuelle entre médecins, d'autres ont combattu ce projet; ils ont dit que l'assurance mutuelle entre médecins était impossible et ont engagé les médecins à s'assurer aux compagnies existantes.

Comme il pouvait arriver que l'un de nos confrères assuré à une compagnie fût, par une circonstance quelconque, dans l'impossibilité de payer une ou plusieurs de ses primes annuelles, et par conséquent exposé à perdre en grande partie le bénéfice de ses sacrifices antérieurs, plusieurs Sociétés locales ont demandé à l'*Association générale* de décider qu'elle *prêterait* aux « Membres des Sociétés locales assurés et empêchés de payer leurs primes » l'argent nécessaire pour ce payement.

Dans l'assemblée générale de 1880, l'*Association générale* a fait savoir qu'il lui était impossible de réaliser ce vœu, mais que rien ne s'opposait à ce que les *Sociétés locales* fissent, sur leurs propres caisses, des avances à leurs sociétaires assurés et momentanément empêchés de payer leurs primes d'assurances sur la vie.

Je vais donc examiner : 1° si la mesure proposée est utile et mérite, par conséquent, d'être adoptée en principe ; — 2° quelles garanties une Société locale doit exiger pour qu'elle ne puisse perdre aucune des sommes avancées par elle dans ces conditions.

L'assurance sur la vie tend de plus en plus à être adoptée en France par les chefs de famille exerçant des professions libérales.

Vous avez certainement eu connaissance des articles publiés par la *Tribune médicale*, le *Journal de médecine*, de Bordeaux, ou le *Concours médical*; vous y avez vu que l'assurance sur la vie était, pour le plus grand nombre de nos confrères, le seul moyen leur permettant de pouvoir, à leur décès, laisser un patrimoine à leur famille ; aussi, depuis quelques années, beaucoup de médecins ont adopté cette sage mesure de prévoyance.

Il peut donc arriver, — il arrivera probablement, — que, par suite d'accidents imprévus, de maladie prolongée, ou par une cause quelconque, un de nos confrères assurés se trouve dans une gêne momentanée et, par suite, dans l'impossibilité de payer sa prime d'assurance.

Par suite des règlements des compagnies, l'assuré qui ne paie pas sa prime annuelle à l'échéance perd toutes les sommes versées depuis moins de trois ans, ou bien, s'il a versé plus de trois primes annuelles, il ne perd rien ou presque rien des sommes versées, mais son contrat est annulé et ainsi se trouve renversées ses espérances pour constituer un capital à sa famille.

Le médecin dans la gêne ne pourra pas toujours trouver un parent ou un ami qui puisse l'aider. Peut-être lui répugnerait-il aussi de demander à sa compagnie d'assurances (car vous savez que certaines compagnies, lorsqu'une assurance a plus de trois ans de date, prêtent quelquefois à l'assuré l'argent nécessaire pour le paiement de la prime). A qui donc ira s'adresser notre confrère pour se procurer l'argent nécessaire à son contrat ? A sa société locale de prévoyance et de de secours mutuels.

La *Société locale* a le devoir d'aider le confrère dans la gêne ; mais c'est à une condition absolue, c'est qu'elle ne compromettra pas son capital ; elle n'a pas le droit de perdre au profit d'un seul le fruit de l'épargne des générations antérieures ; elle ne doit pas, pour un seul, se priver des ressources qui, dans l'avenir, pourraient être indispensables à plusieurs. La *Société locale* peut donc faire des *prêts*, mais elle doit avoir la certitude de rentrer dans ce déboursé. Il faudra donc exiger certaines garanties de la part de l'assuré.

La Police sur laquelle prêtera la Société devra avoir au moins trois ans de date. C'est après trois années seulement que les Compagnies reconnaissent à un assuré le droit de résilier sa police, sans qu'il perde ses droits aux capitaux déjà versés. Si l'Association locale est obligée, à partir de ce moment, d'avancer, pendant plusieurs années, les primes à un assuré, le capital s'accroît toujours et est toujours supérieur aux sommes prêtées par l'Association.

Comment rendre certain le paiement des sommes avancées par l'Association ? — Je me suis adressé, pour cette question, à une de nos plus anciennes et de nos plus importantes Compagnies françaises, et voici la solution qu'on m'a donnée pour ce point :

« Pour assurer à la Société qui ferait l'avance d'une ou plusieurs primes le remboursement de ses avances, il conviendrait : 1° *Si la police était endossable*, qu'elle fût endossée au profit du trésorier de la Société et que l'endos fût causé « valeur en garantie des sommes qui pourront être dues par l'assuré à M. X.., trésorier de la Société de....., pour les sommes dont celui-ci aura fait l'avance » ; 2° *Si la police n'était pas endossable*, qu'un avenant fût fait dans les mêmes termes au profit du trésorier.

On pourrait donc ainsi, facilement et pendant quelques années, venir en aide à nos confrères dans la gêne en payant tout ou partie de leurs primes d'assurances. Il est évident que, du jour où les sommes prêtées deviendraient trop considérables, la Société pourrait provoquer le rachat de la police et rentrerait dans ses déboursés.

Avant de consentir à faire l'avance des fonds demandés, le bureau de l'Association devrait prendre les renseignements les plus précis sur la Société d'assurances avec laquelle a été faite la police. Il est évident que toutes les compagnies d'assurances n'offrant pas les mêmes garanties ; on en a vu quelquefois (des compagnies étrangères, je crois) ne pouvoir faire honneur à leurs engagements. Il est difficile de désigner à l'avance les compagnies auxquelles nous pensons pouvoir engager nos confrères à s'assurer ; nous sortirions de notre rôle en le faisant.

Nous reconnaissons que de nouvelles compagnies peuvent se fonder, offrant toutes les garanties de sécurité désirables ; le champ inexploré en France de l'assurance sur la vie est si vaste, qu'il reste une large place pour des compagnies nouvelles. Mais enfin, avant de consentir à un prêt sur une police, le bureau de notre Société devra être bien convaincu de la complète sécurité qu'il y a à traiter avec la compagnie désignée.

Je ne saurais trop encourager nos confrères à se méfier des pompeuses réclames et des tarifs réduits. L'assurance sur la vie est une chose si sérieuse, que je les engage à ne traiter qu'avec des compagnies sérieuses s'ils veulent en retirer les bénéfices et la tranquillité d'esprit qu'on doit en attendre.

En résumé, Messieurs, je pense que notre Société pourra, en prenant les précautions indiquées, faire, dans certains cas, l'avance de leurs primes d'assurances à nos confrères qui en feraient la demande. Il est bien entendu que le nom de l'emprunteur ne devrait être connu que du bureau.

II

LE PROJET DE LOI SUR L'ADMINISTRATION DE L'ARMÉE ET LE SERVICE MILITAIRE DE SANTÉ.

S'il est un sujet sur lequel toute discussion paraisse épuisée, c'est assurément celui de l'autonomie du service militaire de santé. Mais si ce procès est depuis longtemps gagné devant l'opinion du pays, il n'en est pas de même auprès des pouvoirs publics. Malgré les enseignements cruels du passé, les avertissements plus récents des guerres d'Afrique et l'exemple déjà ancien des nations voisines, cette solution aura été bien tardive. C'est donc à la récente émotion produite par les défauts de l'organisation administrative du service sanitaire de Tunisie, que nous serons redevables de l'adoption définitive de ces réformes depuis longtemps déclarées indispensables. Au point de vue de l'humanité, il est déplorable assurément de n'obtenir qu'au prix de la vie de nos soldats, des améliorations réclamées avec plus de persévérance que de succès dans un but d'intérêt patriotique, par ceux-là seuls qui sont compétents pour juger les questions sanitaires. Une plus grande déférence pour les avis du corps médical aurait été suffisante cependant pour prévenir des sacrifices aussi douloureux qu'inutiles.

Puisse aucun nouvel obstacle ne faire échouer les projets actuels dont l'adoption définitive est prochaine, et espérons qu'après douze années d'attente nos confrères de l'armée obtiendront satisfaction, sinon totalement, du moins partiellement. C'est à tort que les adversaires des réformes actuelles ont voulu faire des médecins qui demandèrent l'autonomie du service de santé, les avocats d'intérêts profsssionnels, et par conséquent plus ou moins égoïstes. C'était assurément méconnaître le dévouement du corps médical dans son ensemble et du corps médical de l'armée en particulier, et diminuer l'importance d'une question dans laquelle il s'agit de la santé de centaines de mille hommes, c'est-à-dire au moment où le service militaire universel atteint toutes les classes de la société, de l'avenir même des jeunes générations de la population française!

Aussi, sans avoir l'esprit chagrin d'un Alceste ou les illusions d'un enthousiasme irréfléchi, faisons des vœux pour que la Chambre des députés confirme de ses votes le rapport que M. Laisant vient de déposer au nom de la *Commission législative chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat sur l'administration de l'armée*. Il est probable que cette loi d'administration militaire, qui établit la nouvelle organisation du service de santé de l'armée est au terme de ses vicissitudes, et qu'après de si nombreuses tribulations ce projet sera voté par la Chambre du 15 au 20 mars prochain.

Le germe de cette nouvelle organisation se trouve dans la loi du 24 juillet 1873, et cependant l'adoption de la loi actuelle par le Sénat ne date, comme on le sait, que de la séance du 22 juillet 1881. Aussi en présence de si longs retards et de nécessités de plus en plus impérieuses, la commission législative fait appel à l'abnégation patriotique des députés, demande l'abdication des idées personnelles et des préférences indivividuelles, pour accepter sans modifications la loi actuelle malgré ses imperfections et ses lacunes. Qu'il en soit donc ainsi puisque le projet, incomplet cependant, constitue une amélioration et une première satisfaction aux légitimes revendications. Mais après l'adoption par le Parlement, on peut se demander à quelle époque la loi entrera en vigueur? En présence d'une gestation législative aussi laborieuse, combien de temps l'administration emploiera-t-elle pour la mise à exécution de cette organisation ? A cet égard, il serait peut-être utile, l'expérience le prouve, que la Chambre des députés obtînt du pouvoir exécutif de sérieux engagements et fixât même une date extrême pour la réalisation de ces réformes.

Les articles 2 et 16 du projet consacrent *l'établissement d'un service de santé dont le directeur sera pris parmi les médecins*. Ce service possèdera donc une autonomie au même titre que les services du génie, de l'artillerie ou de l'intendance et son directeur relèvera hiérarchiquement et directement du ministre de la guerre, chef responsable de toute l'administration de l'armée. Dans chaque corps d'armée en temps de paix, dans chaque armée, en cas de mobilisation, les mêmes attributions seront dévolues au médecin en chef de chacune de ces armées. Il doit exercer ses fonctions sous sa responsabilité personnelle et sous l'autorité du commandant du corps d'armée ou de l'armée ; commandant dont il dépendra hiérarchiquement et administrativement, et dont les pouvoirs sont une délégation de ceux du ministre de la guerre. L'assimilation du service de santé aux autres services est reconnue, et si, dans les règlements administratifs destinés à assurer le fonctionnement de cette loi, on observe scrupuleusement ces dispositions, l'indépendance du Corps de santé militaire sera donc accomplie en principe et en fait.

Le titre III détermine les rapports des directeurs des services sanitaires dans tous les échelons de la hiérarchie avec les autres services et avec le commandement. Les points principaux de cette partie importante du projet de loi sont les suivants :

Art. 16. Les Directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs du service de santé dans les hôpitaux et ambulances sont pris parmi les membres du corps des médecins militaires. . . . .

Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et autres, momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et troupes ainsi détachés relèvent de leurs chefs de corps respectifs, en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieure du corps.

Les médecins en chef auraient des attributions qui ne sont pas sans analogie avec celles des médecins de lazaret de l'armée allemande, avec cette différence que l'autorité de ces derniers s'étend sur les *sous-officiers et soldats malades ou blessés*, et présente en temps de guerre une étendue encore plus grande. Sous ce rapport les attributions confiées à nos médecins en chef seront donc insuffisantes, à moins que cette disposition défectueuse du projet ne soit modifiée dans la mise à exécution de la loi.

Les prescriptions du docteur et des chefs de service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion dans les limites des règlements et des tarifs. Ils peuvent dans les cas urgents, prescrire, sous leur responsabilité même pécuniaire, des dépenses non prévues par les réglements ; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit, et en préviennent immédiatement le commandement.

Ils surveillent le matériel et les magasins d'hôpitaux et ambulances ; ils s'assurent que les approvisionnements sont au complet déterminé par le Ministre, en bon état d'entretien et disponibles pour le service. Ils rendent compte au commandement et lui font connaître leurs besoins.

Art. 17 : Les pharmaciens et officiers d'administration chargés d'exécuter les ordres du directeur ou des chefs de service de santé peuvent être rendus pécuniairement responsables du montant des dépenses non prévues par les règlements, pour lesquelles l'ordre écrit sus-mentionné ne leur aurait pas été délivré. Ils sont tenus de transmettre immédiatement la copie de cet ordre écrit au fonctionnaire de l'intendance ordonnateur.

La gestion administrative sera donc encore soumise à l'intendance. Dans cette disposition législative, analogue aux règlements de l'armée allemande, sur le rôle des intendants dans l'administration des lazarets, on n'a pas tenu compte des différences qui existent entre le pied de paix et le pied de guerre, pour les établissements sanitaires. Cette distinction qui existait déjà dans les règlements allemands antérieurs à 1870, a été rendue plus parfaite par l'ordre de cabinet du 29 novembre 1875 et le règlement du 10 janvier 1878 sur le service de santé en campagne.

En temps de paix, les intendants de l'armée allemande, doivent pourvoir à l'entretien du matériel et au contrôle administ ratif. Or, l'article du projet actuel établit les attributions administratives de l'intendance dans les établissements sanitaires, relativement à la gestion et au matériel ; mais aucune distinction n'est faite entre le pied de guerre et le pied de paix. Or, dans les lazarets de campagne, le médecin en chef concentre à la fois, entre ses mains, les attributions médicales et les pouvoirs administratifs, il est responsable de l'exécution des ordres de toute nature. La position du médecin en chef français dans les établissements sanitaires de campagne sera-t-elle semblable ? De là, assurément dépendent les résultats heureux ou défavorables de la loi actuelle.

Les autres articles du projet consacrent le maintien de la hiérarchie actuelle du corps sanitaire, l'existence du Conseil de santé, et promettent l'organisation d'un service spécial et distinct de santé, au ministère de la guerre.

L'article 35 du projet déclare que le service de la réserve et de l'armée territoriale sera l'objet d'une règlementation indispensable. Quant à l'effectif du personnel médical, dont on conserve le mode de recrutement actuel et la hiérarchie, il est fixé au chiffre de 1,300 médecins de tous grades, chiffré inférieur à celui de l'armée allemande, dans laquelle on compte 1,625 médecins, en dehors des aides, des médecins volontaires d'un an et des médecins de la réserve et de la landwehr. Ce chiffre est celui qui a été fixé par le budget 1880-81, et y comprenant la Saxe, la Bavière, et le Wurtemberg.

Malgré les lacunes et les défauts de ce projet, il est donc probable que la Chambre, suivant le vœu de sa Commission, adoptera cette loi. L'indépendance du service sanitaire sera donc acquise. Il faut espérer que nos confrères du Parlement oublieront pour un jour les intérêts locaux de leurs électeurs, pour se souvenir qu'ils appartiennent au corps médical. L'humanité leur fait un devoir, ainsi que les intérêts professionnels qui se confondent avec ceux de la santé publique, d'entrer énergiquement dans cette voie de réformes sanitaires, dont ils seront les promoteurs certainement écoutés auprès du Parlement.

L'autonomie du corps de santé ne sera pas sans doute, comme on a paru le redouter, l'origine de conflits, ni même d'un antagonisme dans l'administration de notre armée. C'est un inconvénient que les chefs militaires de l'Allemagne ont su prévenir dans le règlement de 1870, qui établit les rapports et une harmonie réciproques entre les deux services.

L'organisation nouvelle doit, pour éviter cette inconvénient, être appliquée avec fermeté et constituer entre les personnels médical et administratif autre chose qu'une simple séparation de corps, avec déchéance de l'un des conjoints. Elle doit être un divorce dans lequel chacun conserve des droits divers, mais non opposés à la gestion des intérêts de ces victimes de la guerre, dont la tutelle, dans notre armée plus que dans toute autre, a toujours été l'objet du dévouement et de la sollicitude générale.

(*Union médicale.*)

III

MÉDECINE LÉGALE

Monsieur le Rédacteur et très honoré confrère,

Nous faisons grève à Rambervillers. Grève honnête. Nous refusons tous, d'un commun accord, notre concours à la justice. C'est de bonne guerre. Nous voulons que le médecin légiste soit en 1882, traité différemment qu'en 1811 ; pécuniairement surtout. Il y a quelques années déjà, étant chargé spécialement du service de la médecine légale dans le canton de Rambervillers, mes honoraires, à la fin de l'an, s'élevaient à la somme de 60 francs,

dont je n'ai jamais pu me faire payer. Nos requisitions avaient été perdues. Où? Dieu le sait?

Monsieur le Dr Fernet, mon confrère et ami, fut, après mon refus formel de continuer à prêter mon concours au juge de paix, chargé de ce service. A la fin décembre 1881, le chiffre de ses honoraires montait à 68 francs. On a trouvé en haut lieu, pour les services rendus, ce prix fort exagéré et la somme a été réduite à 36 francs. Il se trouve que le Dr Fernet a, pour le service de la médecine légale, chez son loueur, une note de 40 francs. Aussi refuse-t-il à son tour de continuer à prêter à la justice un concours qui, au lieu d'être rémunérateur, devient onéreux.

Quoiqu'il existe encore à Rambervillers, outre le Dr Fernet et moi, deux confrères, le service de la médecine légale ne peut compter sur leur bonne volonté, car ni l'un ni l'autre ne se prêteront à pareil jeu. Arrive la première réquisition du juge de paix, nous fermerons l'oreille, et nous attendrons l'amende.

Je crois que notre exemple est un exemple à suivre. Le Dr Licke de Maison-Laffite, qui vient d'adresser à l'Union médicale une lettre très intéressante à ce sujet, sera très certainement de notre avis, et j'ose l'espérer, d'autres encore.

Agréez. Dr Lardier.
Chirurgien de l'hôpital de Rambervillers (*Vosges.*)

*
* *

Voici la lettre à laquelle notre confrère fait allusion :

A Monsieur le rédacteur de l'Union médicale.

Monsieur et honoré confrère,

Dans le courant du mois de décembre dernier, j'ai eu à pratiquer, sur la réquisition de M. le juge d'instruction du parquet de Versailles, les autopsies de deux cadavres. Pour chacune de ces deux autopsies, l'une après exhumation, l'autre après un séjour d'un mois du cadavre dans l'eau, toutes deux à plusieurs kilomètres de mon domicile, et pour le rapport afférent à chacune d'elles, j'ai été, conformément au tarif fixé par les articles 17 et 22 du décret du 18 juin 1811, taxé comme il suit :

Visite	3 fr.
Autopsie	5 fr.
Transport	2 fr. 50

Eh bien ! n'est-ce pas scandaleux? Comment! l'Etat exige d'un médecin une perte de temps de cinq à six heures, il l'astreint à une besogne rebutante, il l'expose à un danger réel, et pour toute compensation il lui alloue, quoi ? une aumône de 10 francs.

Mais, dans une autopsie, malgré toutes les précautions prises, une piqûre est possible; la mort peut s'ensuivre. Qui en subira les conséquences? Est-ce l'Etat? Non, n'est-ce pas! Eh bien ! puisqu'il n'y a pas de budget de la médecine civile, puisque le médecin est libre, et ne mendie pas, il faut que la rémunération de la tâche que la justice réclame de lui soit en proportion des risques qu'il court et à la hauteur des services qu'il rend; il faut que, sous la République, le ridicule décret de 1811, qui est une iniquité d'un autre âge, soit rapporté ; il faut enfin que, désormais, s'appuyant sur un décret nouveau plus conforme à la justice et à la dignité, les tribunaux, lorsqu'ils réclameront les lumières de la science, honorent le médecin avec les honoraires d'un médecin, et non plus qu'ils le payent en lui glissant dans la main le pourboire d'un laquais. Dr Licke, à Maisons-Laffitte.

P. S. — Je tiens à rendre ici publiquement hommage aux sentiments de la haute équité et de la bienveillance de M. le juge d'instruction Lambinet, qui recommande, dans une lettre à qui de droit, que je sois autant rémunéré que le tarif le permet.

Comme on vient de le voir, le maximum, dans ce cas, est 10 fr. 50 !

IV

Exercice de la Pharmacie par le médecin

Très honoré confrère,

Je vous serais infiniment obligé si vous vouliez bien me renseigner sur cette question :

« Y a-t-il un article de loi qui limite la distance « à laquelle un médecin peut fournir des médica- « ments à ses clients ? j'ai en vain cherché cette li- « mite dans les ouvrages de médecine légale ; je ne « la trouve indiquée nulle part. »

Veillez agréer,

Dr Brun.

Réponse. La loi du germinal a été tellement torturée qu'il est difficile de la reconnaître en l'état où elle est maintenant. Qu'accorde-t-elle au pharmacien ? le droit de préparer, vendre et débiter. A l'officier de santé — parce qu'elle supposait qu'il n'y aurait pas plus de docteur au village que de pharmacien ? Le droit de *fournir* des médicaments aux personnes près desquelles il serait appelé.

Ainsi, pour le médecin, nul droit de préparer, nul droit de vendre chez lui. C'est ainsi du reste que l'a jugé le congrès médical de 1845, article 9 : « Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacie sont autorisés à apporter à leurs malades, à une distance de 8 kil. au moins d'une pharmacie, les médicaments indispensables. » Ces 8 kilomètres sont généralement acceptés par les tribunaux, mais ne font pas loi.

Mais ce qui ne vaut pas moins que l'avis du congrès, c'est celui de *M. Chatin, Directeur de l'école de pharmacie*, qui ne parle plus des médicaments urgents, et fixe notre droit de fournir les médicaments à nos malades *s'ils se trouvent à* 8 *kilomètres des pharmaciens, quelle que soit notre résidence à nous.* (Séance du 20 décembre 1880 du comité consultatif d'hygiène. Voir le recueil, tome X, page 357.) C'est à ce dernier avis, croyons-nous, qu'il faut se ranger : ne donner des médicaments aux malades que s'ils sont à 8 kilomètres des pharmacies et se soumettre à la visite du jury médical, si l'on a un approvisionnement.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'informer nos lecteurs du décès de M. le Dr *Anger*, membre du *Concours*, médecin à *Soubise*, (*Charente-inférieure*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

8 Avril 1882 — 4me Année. — N° 14

SOMMAIRE

BULLETIN

Sans vouloir rentrer dans la discussion sur le chloroforme, nous ne pouvons passer sous silence la très intéressante communication faite par M. *Vulpian* au point de vue de la physiologie qui vient ici, comme toujours, prêter à la clinique un appui fort utile.

Lorsque les accidents se produisent dès la première inspiration de chloroforme, ils sont causés par un arrêt de la respiration dû à une influence des nerfs laryngés supérieurs sur l'activité des centres respiratoires.

Arrivent-ils pendant le cours de la chloroformisation? Ils se présentent sous deux formes : Syncope *cardiaque*, syncope *respiratoire*. Dans ce cas, le mécanisme en est fort simple. Il ne faut pas en effet se représenter le bulbe rachidien comme un organe qui aurait le privilège de se soustraire, pendant un temps plus ou moins long, à l'influence des vapeurs du chloroforme, et croire, par exemple, que ces vapeurs atteindraient d'abord et successivement le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle et, enfin, le bulbe. Les choses ne se passent pas ainsi. Le chloroforme, une fois entré dans le sang, pénètre dans toutes les parties du système nerveux, agit sur le bulbe en même temps que sur le cerveau, le cervelet, la protubérance et la moelle ; seulement le centre respiratoire bulbaire possède une résistance considérable à l'action du chloroforme ; il surnage pendant un temps plus ou moins long au milieu du naufrage des autres parties des centres nerveux ; il continue à fonctionner, alors que toutes les autres ont perdu leur excitabilité et leur réflectivité, de la même manière que fonctionnent les autres centres d'activité des nerfs de la respiration, nerfs intercostaux et nerf diaphragmatique.

Le centre respiratoire bulbaire possède donc une résistance considérable à l'action du chloroforme, mais il est touché, comme les autres centres nerveux, il n'est pas intact ; et, dès les premières inspirations du chloroforme, il est paralysé en partie. Dans les cas de chloroformisation malheureux, il arrive que le bulbe rachidien et les ganglions cardiaques, déjà atteints dès le début par l'influence du chloroforme, achèvent de se paralyser par la continuation de l'influence toxique de l'agent anesthésique, et que la goutte d'eau, comme on dit, faisant déborder le vase, la mort se produit, soit par arrêt de la respiration, soit par arrêt du cœur.

Pendant l'opération, l'accident est la suite de l'excitation de la moelle, — car les fonctions de la moelle ne sont pas suspendues pendant la chloroformisation ; — et cette excitation transmise au bulbe détermine la syncope respiratoire, grâce à une sorte d'épuisement nerveux qui achève la paralysie du bulbe commencée sous l'action du chloroforme.

La *syncope cardiaque* est d'ailleurs beaucoup *plus dangereuse que la syncope respiratoire*. C'est à peine si l'on parvient à sauver, malgré l'énergie des moyens employés, et, en particulier par la faradisation généralisée, un animal sur quarante, dans la syncope cardiaque. La *syncope respiratoire, beaucoup plus fréquente, est infiniment moins grave*. Lorsque l'on voit que l'animal cesse de respirer, on peut, au moyen de la respiration artificielle, parvenir à ranimer la fonction éteinte ; on la voit se rétablir au bout de trois ou quatre minutes ; mais il est quelquefois nécessaire de pratiquer la respiration artificielle pendant dix, quinze, vingt minutes et même davantage, avant de voir se manifester le moindre mouvement indiquant le retour de la respiration. Il résulte de ces faits que, dans les cas de

syncope respiratoire, il faut chercher par tous les moyens à obtenir le rétablissement de la fonction, et que, dans certains cas, il ne faut pas hésiter devant l'ouverture de la trachée, la respiration artificielle employée avec persévérance étant le moyen le plus souvent efficace d'empêcher la mort.

En résumé, dit M. Vulpian, les chirurgiens ne doivent pas perdre de vue que la chloroformisation n'est jamais exempte de danger, qu'elle place toujours les malades sous l'imminence d'une syncope respiratoire ou cardiaque, bien qu'on les entoure de précautions infiniment plus grandes que celles qu'emploient les expérimentateurs dans leurs expériences de laboratoire. C'est donc avec raison que M. Gosselin a cherché à appeler l'attention sur les moyens qui lui ont paru les meilleurs de prévenir de pareils accidents. . . . . . .

Elections. — M. *Bucquoy* est élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section de Pathologie médicale. — M. Paul Bert vient d'être élu membre de l'Académie des sciences.

Dr J. Geoffroy.

PRIX DU CONCOURS MÉDICAL

POUR 1882.

Nous rappelons à nos lecteurs que la *Rédaction du Concours médical* a à sa disposition *un prix de 500 francs* destiné à être réparti entre les meilleurs travaux originaux publiés dans ses colonnes.

Élèves des hôpitaux et praticiens sont également admis à prendre part à ce concours duquel sont seuls exclus nos collaborateurs réguliers, et cela par un sentiment que tous comprendront facilement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des loupes de la tête.

et particulièrement des kystes dermoïdes de la région du sourcil,

Par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

Au procédé de l'embrochement imaginé par Jobert de Lamballe (*V. Gazette des hôpitaux*, 11 *juin* 1863), et adopté par M. Lucas-Championnière (*V. Concours médical*, 1882, *N°* 3), nous préférons le suivant que nous avons constamment appliqué depuis plusieurs années.

Nous faisons à la base de la tumeur une incision longitudinale d'une longueur égale et d'une direction parallèle au grand diamètre du kyste. Cela fait, une dissection très courte en met à découvert la coque nacrée. Alors, introduisant sous la tumeur l'extrémité d'une spatule, nous l'énucléons avec une admirable facilité.

Ce procédé réunit tous les avantages : célérité, sûreté et élégance. Pas de rupture de la poche, à peu près inévitable dans le procédé ordinaire, quand la peau est très distendue et amincie. Pas de perte de temps occasionnée par le nettoyage assez peu agréable, il faut l'avouer, de son repoussant contenu. On commence par attaquer la face profonde, ce qui constitue la partie la plus difficile de l'opération, quand les adhérences sont intimes. Le reste n'est qu'un jeu.

En agissant ainsi, nous n'avons rencontré des des difficultés réelles que dans un cas de kyste dermoïde de la région du sourcil qui sera décrit plus loin, et dont la paroi profonde s'était creusée, dans l'épaisseur même du crâne une sorte de diverticulum avec lequel elle faisait corps et se confondait absolument. Mais, je le demande, quel autre procédé eût mieux réussi à triompher d'une semblable et aussi insurmontable difficulté?

Nous voyons au contraire, par la lecture de l'article du *Concours* précité, que le procédé de l'embrochement est loin de mettre le chirurgien à l'abri des embarras et des lenteurs de l'opération dans presque tous les cas, ainsi que cela résulte des aveux mêmes de l'auteur. La tumeur, dit-il, est quelquefois assez difficile à détacher du crâne en arrière, et ailleurs. « L'anesthésie est nécessaire, surtout quand les tumeurs sont anciennes. Dans ces cas l'énucléation est quelquefois laborieuse. » C'est que le procédé de l'embrochement réalise intentionnellement ce que nous mettons tous nos efforts à éviter le plus soignesement possible.

Chacun sait que l'énucléation, des plus faciles si la tumeur n'est pas ouverte, peut devenir très compliquée et très longue à effectuer si, par mégarde, on en a évacué le contenu. Quant au pansement de Lister, introduit dans la pratique et si justement préconisé par M. Lucas-Championnière, s'il rend des services incontestables dans les grands centres, il sera peu nécessaire et probablement toujours peu usité dans les petites localités. Pour notre part, nous n'avons jamais observé l'invasion d'érysipèles à la suite de nos extirpations de loupes. Nous n'hésiterions pourtant pas à mettre en usage le pansement phéniqué, si, par aventure, notre opération devait coïncider avec l'existence d'une épidémie érysipélateuse.

On ne saurait parler des kystes folliculaires de la tête, sans mentionner en même temps une espèce de tumeurs très susceptibles d'être confondues avec eux, et offrant néanmoins des caractères spécifiques importants au triple point de vue étiologique, anatomique et chirurgical.

Avec moins d'aridité et mieux qu'une description didactique, les deux observations suivantes feront connaître les tumeurs dont il s'agit.

Observation I.

Ch. C....., âgé de cinq ans, portait, vers

l'extrémité externe du sourcil gauche, une petite tumeur du volume d'une amande, qui s'accroissait sensiblement chaque année. Sur les instances de ses parents, l'extirpation en fut pratiquée en septembre 1860.

Les caractères de cette tumeur étaient manifestement ceux des kystes dermoïdes. Congénitale, ovoïde, à grand diamètre parallèle à la direction du sourcil, molle, indolente, un peu fluctuante, sans changement de couleur à la peau, elle adhérait fortement au périoste.

A cette époque déjà reculée, nous n'avions pas encore eu l'idée de la simplification opératoire que nous avons appliquée depuis à l'ablation des kystes de la tête. C'est le procédé ordinaire qui fut utilisé.

En dépit de nos précautions, la dissection ouvrit malheureusement le kyste dont les parois étaient fort minces, et d'où s'échappa une matière pultacée, mêlée de poils nombreux. Cette circonstance jointe à l'écoulement de sang en nappe qui, fort abondant, masquait incessamment les tissus, rendit la suite de l'opération fort laborieuse. Une pince à dissection n'ayant pu saisir convenablement la paroi profonde du kyste, nous nous servîmes, sans plus de succès, de la pince à griffes. Force fut, à notre grand regret, de laisser au fond de la plaie une notable partie de la paroi du kyste, qu'il eût été impossible d'enlever sans emporter en même temps le périoste correspondant.

Le pansement consista à bourrer la plaie de boulettes de charpie, de façon à en faire suppurer le fond. Sa guérison fut complète en trois à quatre semaines.

OBSERVATION II.

M. B. de Plancher-Bas, âgé de 37 ans, portait, depuis sa naissance, une tumeur située au voisinage de l'apophyse orbitaire du côté droit. Comme cette tumeur, grâce à un accroissement continu, avait acquis le volume d'un œuf de pigeon et était devenue fort gênante, il insista beaucoup pour en être débarrassé. Le 4 février, 1865, nons nous décidâmes, non sans une certaine répugnance, à l'opération.

La dissection fut encore plus longue et plus laborieuse que dans le cas précédent. Il y eut aussi rupture prématurée de l'enveloppe du kyste et écoulement de sang abondant. Quant à la ressource de saisir la paroi profonde à l'aide de pinces quelconques, il n'y fallait pas songer, car une fois le contenu évacué et l'intérieur du kyste bien nettoyé de la matière sébacée et des petits pelotons de poils qui s'y trouvaient mêlés, nous nous aperçumes aussitôt que la tumeur s'était creusé une arrière-cavité très profonde et très anfractueuse dans les parois du crâne, et que son enveloppe en ce point se confondait entièrement avec un périoste très mince et très adhérent. Là, le frontal paraissait être réduit à une bien faible épaisseur. Il ne restait autre chose à faire que d'enlever la plus grande étendue possible de la paroi de la tumeur et de faire suppurer le reste pour tâcher d'en amener l'oblitération.

L'examen de la pièce anatomique montra que les poils étaient implantés sur la surface interne de l'enveloppe et qu'il s'y trouvait de nombreuses glandes sébacées, mais aucune glande sudoripare.

Le jour suivant, la fièvre, une fièvre intense, s'alluma; la face devint vultueuse; l'anxiété extrême; il survint en même temps une vive céphalalgie et des vomissements incessants. A voir ces symptômes inquiétants, nous pûmes craindre, pendant quelques temps, l'invasion d'une méningite. Grande était notre perplexité. Cependant ces accidents redoutables s'amendèrent peu à peu sous l'influence d'un traitement approprié et tout se borna heureusement à une simple menace. Mais on put se demander, à bon droit, s'il ne vaudrait pas mieux respecter de semblables tumeurs qui n'acquièrent jamais un grand volume, ainsi que l'expérience l'a appris, que d'exposer au danger de la mort un adulte valide et bien portant par une opération de pure complaisance?

Aussi bien le résultat définitif n'a pas été magnifique à tous égards. En effet, la cicatrisation s'est opérée peu à peu sans combler le vide profond que nous avons signalé tout au contraire de façon à établir la continuité entre le tégument voisin et le fond de la poche. La face interne de cette dernière, devenue extérieure, simule, à s'y méprendre, une plaie normale. Tout concourt à produire l'illusion; l'aspect velu de la région n'y contribue pas peu. Seulement, en place de la saillie de la tumeur notre client porte aujourd'hui une excavation en forme de conque disgracieuse. Nous lui avons proposé l'obturation par un moule en gutta-percha; il se contente de masquer la difformité en ramenant les cheveux en avant.

Il n'y a pas fort longtemps que les kystes dermoïdes ont été l'objet d'une description spéciale.

Dans sa dernière édition, Boyer écrivait que l'on rencontre quelquefois des poils dans les kystes sébacés. Cette particularité n'a pas échappé non plus à l'observation d'Astley Cooper. En 1839, Laurence (*London med. gazette, vol. XXI, p.* 471) a rapporté plusieurs observations de kystes poileux de la région sourcilière et appelé l'attention des chirurgiens sur cette affection.

Très différente a été l'explication de ces faits, selon qu'ils ont été rattachés à d'autres plus ou moins semblables appartenant à diverses régions du corps, ou qu'ils ont été considérés isolément.

C'est M. Lebert qui a envisagé la question de la manière la plus large. (*V. Bulletin de la Société de biologie*, 1ère *série, tome IV, p.* 203, *et séance de l'Académie des sciences du 15 nov.* 1852) Il distingue une classe de tumeurs dont la paroi interne offre une organisation tégumentaire, et ajoute que, dans les kystes superficiels, on trouve des poils et de la graisse; dans les kystes scrotaux du cartilage et de l'os, et dans les kystes viscéraux, des os et des dents. Les kystes que l'on a souvent pris pour les produits d'une conception anormale, se forment, selon Lebert, en vertu d'une loi pathogénique particulière qu'il appelle

hétérotopie plastique. D'après cette loi, beaucoup de tissus simples ou composés, des organes complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps où à l'état normal on ne les rencontre point.

Le volume de ces tumeurs n'atteint pas de grandes dimensions, si ce n'est celui des kystes dermoïdes qui sont susceptibles de fournir une abondante exsudation inflammatoire ou hydropique.

L'enveloppe en subit souvent une calcification ossiforme ; des projections cutanées munies de poils, de glandes et même de fragments d'os, se rencontrent souvent à leur face interne et peuvent se détacher pour prendre ainsi l'aspect du corps libre. Les glandes sudoripares sont rares ; il en est de même des formations cornées ressemblant à des ongles. Les poils sont libres et implantés; ils peuvent atteindre jusqu'à un mètre de longueur.

Quand les kystes dermoïdes renferment des os, ceux-ci sont ordinairement incrustés dans les parois. Les dents sont tantôt implantés dans les os, tantôt dans la membrane d'enveloppe, tantôt libres ; on en trouve à tous les degrés de développement, et même de cariées.

La pilimiction chez la femme est ordinairement consécutive à la communication anormale d'un kyste dermoïde avec la vessie ; plusieurs fois de pareils kystes ont été évacués par le rectum.

Merriman et Baudelocque les ont signalés comme cause de dystocie. Qu'il nous soit permis de citer un cas extrait de la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale de* 1879. Une tumeur avait été diagnostiquée en arrière de l'utérus lors d'un deuxième accouchement et n'y avait pourtant apporté aucun obstacle. La femme fut moins heureuse au 3me accouchement. La tumeur fort amplifiée, ne laissait plus que deux travers de doigt libres entre elle et la symphyse. Ce que voyant, l'accoucheur ponctionna la tumeur par le vagin ; il s'en écoula un liquide crémeux et elle s'affaissa au point de permettre l'introduction du forceps. La tête de l'enfant s'engagea ainsi dans le bassin, poussant en avant la tumeur, qui devint très tendre et fit saillie vers le périnée. Une seconde ponction pratiquée en ce moment par le rectum donna issue à un litre et demi du même liquide crémeux. Un paquet de cheveux était engagé dans la canule du trocart, au moment où on la retira. L'accouchement se termina alors sans difficulté.

Qu'on nous passe cette disgression à laquelle nous nous sommes laissé entraîner d'autant plus aisément que, dans ce même journal, nous nous sommes occupé naguère de la question de la dystocie par suite des tumeurs intra-pelviennes. Nous rentrons dans notre sujet, sans plus nous attarder, en continuant l'extrait du remarquable travail de M. Libert.

Il existe dans la science, dit-il, six cas bien avérés dans lesquels tous les signes physiques de la virginité coexistaient avec la présence de ces kystes.

Lorsqu'on tient compte de tous les faits anatomiques, physiologiques et cliniques, on arrive à la conviction que ni l'inclusion fœtale, ni une grossesse anormale, ne sauraient en expliquer d'une manière satisfaisante le mode de production, mais qu'il s'agit d'une formation spontanée qui rentre tout à fait dans la loi de *l'hétérotopie plastique*.

L'hypothèse de M. Lebert n'explique nullement la constance du siège des kystes dermoïdes. C'est pourquoi elle n'a pas été admise généralement par les savants. La plupart regardant comme infiniment plus probable l'hypothèse suivante due aux Allemands.

Si nous remontons au premier mois de la vie intra-utérine, nous trouvons que de chaque côté de l'extrémité antérieure du capuchon frontal, existe une grande fente qui doit plus tard former la bouche et les fosses nasales, et se continue latéralement avec l'orbite et en arrière avec le conduit auditif externe. A mesure que les différentes parties de la face se forment, cette grande fente se comble et finit par disparaître. Supposons un instant que, par un dérangement dans l'évolution de ces parties, la peau qui existait sur tous les points de cette scissure, se soit fermée extérieurement en emprisonnant sous elle un pli cutané dont les deux parois restent indépendantes l'une de l'autre. On comprendra sans peine pourquoi ces kystes sont congénitaux, occupent toujours la région orbito-nasale et contiennent tous les éléments qui caractérisent la peau.

M. Verneuil s'est à peu près rallié à cette explication (V. *Bulletin de la société Chirurgie, tom. V. p.* 347, et *mémoire sur l'inclusion scrotale)*. Suivant cet éminent chirurgien, il y a, au moment où la face se développe, une occlusion prématurée du tégument, au niveau de la réunion du bourgeon médian et du latéral, la portion de peau ainsi enfermée formerait un kyste apte à se remplir des produits de la sécrétion qui est dévolue au tégument.

Quoi qu'il en soit, le siège des kystes dermoïdes de la tête n'est pas exclusivement la région sourcilière externe.

M. Ledentu a présenté à la *Société de chirurgie*, le 5 novembre 1879, un kyste dermoïde huileux qu'il avait enlevé chez une jeune fille. La tumeur était placée juste entre les deux sourcils et put être énucléée, en entier, grâce à un petit pédicule qui la rattachait au frontal. C'était un kyste congénital ; il contenait un grand nombre de poils et un liquide jaune tachant le papier. — Un autre cas se trouve dans le mémoire de M. Laurent. Nous avons observé nous-même un kyste dermoïde allongé verticalement, situé à 3 centimètres au-dessus de l'extrémité externe du sourcil.

Le diagnostic n'est pas toujours facile et, maintes fois, au grand préjudice des patients, on a pris pour des kystes dermoïdes de véritables encéphalocèles.

M. Houel a publié dans les *Archives de médecine*, octobre et novembre 1859, cinq cas de kystes congénitaux de la région du sourcil, qui n'étaient autre chose que des encéphalocèles complètes ou réduites aux membranes. Il est bon de remarquer qu'une fois la tumeur siègeait à l'angle externe de l'œil.

Dans un cas, une encéphalocèle siègant au lieu d'élection des kystes dermoïdes a été excisée par erreur sans que la vie du malade ait été compro-

mise. M. Manec opérant un kyste congénital péri-ou sus-orbitaire, l'incisa, le disséqua et l'enleva. Aussitôt la jeune fille éprouva une douleur atroce et tomba en syncope. M. Manec examine la tumeur et n'est pas peu surpris d'y trouver de la substance grise du cerveau. Il s'attendait à voir promptement succomber la malade; il n'en fut rien cependant, et, au bout de quelque temps, elle se rétablit. Quatre ans plus tard, cette jeune fille mourut d'une fièvre typhoïde. On ne trouve plus de trace de la communication qui avait dû exister entre la cavité crânienne et la tumeur, l'ouverture osseuse s'était oblitérée aux os du crâne et, dans le même point, la dure-mère était adhérente aux os du crâne.

Dans certains cas, les encéphalocèles augmentent de volume quand le malade crie, tousse ou fait un effort : c'est là un excellent élément de diagnostic; malheureusement, ce signe manque quelquefois. Il est d'ailleurs commun aux encéphalocèles et aux tumeurs fongueuses sanguines (*nævi materni*).

Un autre élément de diagnostic dont il convient de se préoccuper, est tiré du siège de la tumeur. Les kystes dermoïdes siègent rarement à la partie interne de l'orbite, tandis que la présence d'une encéphalocèle à la partie externe est l'exception; mais on voit que ce signe n'a rien d'absolu.

Enfin quand l'âge est un peu avancé, que par exemple, on a affaire à un adulte, il y a fort à parier que l'encéphalocèle ne communique plus avec la cavité crânienne.

L'opération d'une tumeur congénitale quelconque peut donc n'être pas sans danger. Voici au reste deux faits qui doivent rendre circonspect. L'un rapporté par Marjolin père et ne lui est pas personnel. Il s'agissait d'une petite tumeur congénitale sur le sommet de la tête. On l'opéra sans se douter que cette tumeur communiquait avec le crâne et contenait de la substance cérébrale; la malade succomba 48 heures après l'opération. L'autre est dû à M. Guersant. Le chirurgien de l'hôpital des enfants présenta à la *Société de chirurgie*, en 1851, un enfant âgé de quelques mois, qui portait à la racine du nez une petite tumeur molle, susceptible de se gonfler et devenant en même temps violacée lorsque l'enfant criait. Croyant à l'existence d'une tumeur fongueuse sanguine, il désirait néanmoins, avant de pratiquer l'opération, avoir l'avis des membres de la Société. Tous sans exception, opinèrent comme lui. M. Guersant, fort de l'assentiment de ses collègues, passa un séton dans la tumeur. La mort s'en suivit. C'était un encéphalocèle !

Non-seulement les kystes congénitaux méritent toute l'attention du praticien par la gravité des accidents qui peuvent suivre l'opération, mais encore par la nécessité absolue d'enlever la totalité de la poche, la moindre portion de l'enveloppe pouvant entretenir en cet endroit des trajets fistuleux que l'on a beaucoup de peine à guérir. En effet, on parvient très difficilement à déterminer, dans ces kystes, une inflammation suppurative ou adhésion dans le but d'en obtenir la cavité, tandis que ce résultat s'obtient facilement dans les kystes séreux.

Ceci nous conduit à parler du traitement chirurgical. Dans un cas de kyste dermoïde du sourcil, Dieffenbach a employé une fois le séton et a dû recourir ensuite à l'ablation. C'est ce dernier procédé auquel les chirurgiens ont en général recours et cela avec un succès complet.

Dans une note que M. Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, a publiée dans l'*Union médicale du 21 juin* 1856, sur le kyste sus-orbitaire congénital, il conseille aussi l'extirpation à l'exclusion de tout autre procédé. On incise largement la peau et les couches musculaires, dit-il, car la tumeur est recouverte par l'orbiculaire des paupières (Mackensie), on dissèque le kyste avec soin et on l'enlève. Dans certains cas, la dissection n'est pas sans difficulté, à cause de l'écoulement du sang et de l'adhérence du kyste avec une fossette ou dépression digitiforme qui s'est creusée à la surface de l'os.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 juillet 1863, on lit la relation d'une ablation d'un kyste dermoïde par Velpeau. L'opération par le procédé ordinaire donna lieu au développement d'un phlegmon, qui n'eut pas de suites fâcheuses. M. Fano (*V. France médicale*, 15 mars 1871), parle d'un kyste sébacé du petit angle de l'orbite droit, qui n'était peut-être autre chose qu'un kyste dermoïde. Le sujet était adulte et la grosseur avait acquis le volume d'un œuf de pigeon. M. Fano incisa, de propos délibéré, l'enveloppe de la production morbide. Il en sortit une matière semblable à du riz cuit épais. L'opérateur saisit avec une pince à griffe la membrane d'enveloppe et en excisa une portion. La plaie fut remplie de boulettes de charpie et, fort heureusement, devint le théâtre d'une inflammation adhésive. Un peu plus d'un mois après, la guérison fut complète.

Dans une leçon clinique professée à l'hôtel-Dieu par M. Robert et rapportée par M. Doumic dans l'*Union médicale*, 1859, cet éminent chirurgien recommande au contraire de disséquer avec précaution et sans les ouvrir, tous les kystes congénitaux, car si l'on incise trop vite la poche qui leur sert d'enveloppe, la matière pultacée, semblable à du riz, qu'ils retiennent, s'échappe prématurément, le kyste s'affaisse et l'on ne peut plus en faire l'ablation totale.

Ces tumeurs, dit le même chirurgien, reposent en arrière de l'apophyse orbitaire externe à laquelle elles n'adhèrent pas et un peu plus en dedans sur le ligament large des paupières. Or, on sait que le ligament large qui s'insère à tout le pourtour de l'orbite, sépare le tissu cellulaire intra-orbitaire du tissu cellulaire extérieur. Il faut donc détacher ces kystes en arrière avec la plus grande précaution, afin de ne pas perforer le ligament large; car si plus tard il se développe de l'inflammation, cette lame de tissu fibreux étant intacte, peut préserver le tissu cellulaire intra-orbitaire de la phlegmasie qui, envahissant la cavité orbitaire, pourrait compromettre l'œil et même la vie du malade (1).

(1) La matière contenue dans le kyste enlevé par M. Robert était exclusivement formée par une accumulation de cellules épidermiques.

Il faut toujours s'attendre à trouver adhérente la tumeur, congénitale, car les apparences sont quelquefois trompeuses. Quand on explore une tumeur, il peut se faire que l'on constate une mobilité même assez grande et que cependant elle ait des rapports fort importants avec les tissus profonds.

En résumé, concluons que les kystes congénitaux de la tête, sans être d'une manière absolue de véritables *noli tangere*, ne doivent pourtant point être traités avec le sans-façon dont on a l'habitude d'user à l'égard des kystes sébacés. Dans l'état actuel de la science, il n'est plus permis d'ignorer les différences profondes qui les séparent de ces derniers et qui en font une classe à part tout-à-fait intéressante.

MÉDECINE PRATIQUE

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

(Symptômes, diagnostic et traitement).

I

Dans le groupe assez peu nombreux des médecins, qui, dépourvus de toute attache officielle, n'ayant à leur disposition ni service d'hôpital, ni laboratoire de faculté, ont su pourtant enrichir la science et illustrer leur nom par des recherches originales, il n'est certainement pas de personnalité plus remarquable que celle de Duchenne (de Boulogne).

Songez que, simple visiteur dans les hôpitaux de Paris, examinant une fois de plus, et pour son propre compte, des malades tant de fois examinés avant lui par des médecins de première valeur, il a su voir ce que personne n'avait vu, relever des particularités symptomatiques que nul n'avait soupçonnées, et, en les groupant, démontrer qu'elles constituaient une maladie nouvelle, non décrite, et fréquente! Vraiment vous ne pourrez vous défendre d'une profonde admiration pour la perspicacité et la pénétration de ce clinicien sans clinique, pour la patience de ce moissonneur de faits qui a récolté une si riche gerbe, en glanant derrière autrui.

« Abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente contrastant avec l'intégrité de la force musculaire : tels sont les caractères fondamentaux de la maladie que je me propose de décrire. Ses symptômes et sa marche en font une espèce morbide parfaitement distincte. Je propose de l'appeler *ataxie locomotrice progressive.* » Ainsi commence l'exposé magistral que Duchenne a fait, en 1858-59, dans les Archives générales de médecine.

Rien de plus instructif que de suivre la genèse de cette belle découverte. — « Je n'ai pas tardé à reconnaître, dit Duchenne, qu'un assez grand nombre d'affections dans lesquelles les mouvements semblaient affaiblis ou abolis, et que l'on désignait sous le nom de *paraplégies* ou de *paralysies générales*, n'étaient rien moins que des paralysies ; que dans ces cas, au contraire, la force des mouvements était considérable, quand je la mesurais, les malades étant assis ou dans la position horizontale. Je remarquais en outre que les malades ne pouvaient conserver la station sans osciller ou tomber, ni marcher sans appui et sans projeter en avant les membres inférieurs d'une manière plus ou moins désordonnée. Ces troubles fonctionnels n'avaient lieu que pendant l'exercice des mouvements volontaires, ne s'observaient que chez l'adulte et n'avaient aucun rapport avec la chorée. Les individus qui en étaient affectés présentaient un ensemble de phénomènes identiques ; même début, mêmes symptômes, même marche, même terminaison.

« Ainsi, chez la plupart, la paralysie de la sixième ou de la troisième paire, ou l'affaiblissement et même la perte de la vue, étaient des phénomènes précurseurs des troubles de la coordination des mouvements. Des douleurs térébrantes, caractéristiques, vagabondes, erratiques, de courte durée, rapides comme l'éclair ou semblables à des décharges électriques, revenant par crises et attaquant toutes les régions du corps, accompagnaient ou suivaient ces paralysies locales. Puis, après un temps plus ou moins long (de quelques mois à plusieurs années), apparaissaient, dans une seconde période, des vertiges, des troubles de l'équilibration et de la coordination des mouvements; en même temps, la diminution ou la perte de la sensibilité tactile et douloureuse (analgésie et anesthésie) d'abord dans les membres inférieurs ou quelquefois dans les supérieurs .

Pendant le cours de la maladie survenaient souvent des désordres dans les fonctions du rectum et de la vessie; l'urine ne décelait la moindre existence d'albumine ou de glucose; chez tous l'intelligence restait intacte, la parole n'était pas embarrassée, la contractilité électro-musculaire était normale et les muscles ne subissaient pas l'altération graisseuse. Ordinairement, enfin, la maladie était *progressive* dans le sens (faussé) que lui avait donné Requin, c'est-à-dire qu'elle se terminait d'une manière fatale. Tout le monde verra sans doute, ainsi que moi, dans cette peinture une espèce nosologique nouvelle. »

On nous pardonnera la longueur de cette citation ; nous avons pensé que nos lecteurs n'avaient pas tous lu probablement le travail original de Duchenne, un peu négligé depuis l'apparition des traités de Charcot, Vulpian, Grasset en France. Il n'était pas sans intérêt de se reporter à la description d'ensemble si nette, telle que l'a tracée la plume de l'inventeur.

Ce travail de Duchenne mérite certainement, ainsi que l'a dit M. Vulpian, de faire époque dans l'histoire des maladies de la moelle épinière. « Jusque-là on s'était si bien habitué à l'ignorance dans laquelle on vivait par rapport toutes les affections médullaires, que ce Mémoire

fut accueilli, il faut bien le reconnaître, par un sentiment général d'incrédulité. Il n'était pas de service d'hôpital dans lequel il n'y eût un certain nombre de ces cas d'affections de la moelle pour la dénomination desquelles on se contentait du mot paraplégie ; ces affections avaient été étudiées jusque-là par les cliniciens les plus habiles; elles étaient demeurées tout-à-fait obscures, et voici qu'un nouveau venu, étranger aux hôpitaux, accueilli du reste dans tous les services avec la plus grande libéralité, osait affirmer que la plupart de ces cas n'étaient pas des faits de paraplégie !... Il fallut bien se rendre à l'évidence des faits. Le tableau clinique tracé par Duchenne était d'une telle netteté et d'une telle exactitude que tous les doutes furent bientôt dissipés. »

II

On a depuis lors cherché à contester à Duchenne la priorité de sa découverte ; mais, s'il est certain que Romberg avait pu auparavant en Allemagne signaler certains symptômes sous le nom de *tabes dorsalis*, il est patent aussi que ces jalons, assez confusément placés d'ailleurs, étaient inconnus à Duchenne comme à tous ses contemporains français, les rapports scientifiques d'un pays à un autre étant à cette époque presque insignifiants.

Duchenne, ne pouvant faire d'autopsies, ne put connaître non plus la lésion anatomique, cause des phénomènes cliniques qu'il décrivait; c'est grâce aux travaux ultérieurs de Luys et Oulmont, Charcot, Pierret, etc., que nous savons la rattacher au vaste groupe des scléroses, maladies dans lesquelles le tissu conjonctif, interposé aux éléments anatomiques propres de chaque organe, s'hyperplasie, s'indure et se rétracte, comme un tissu cicatriciel, autour de ces éléments qu'il étouffe et détruit. Nous avons l'an dernier consacré quelques études à la sclérose des reins (néphrite interstitielle) du foie (cirrhoses); ici la sclérose porte sur un département limité de la moelle, la bandelette externe des cordons postérieurs. Ceci rappelé, nous serons muets sur l'anatomie pathologique.

Nous ne saurions non plus transcrire ici la description complète, et phase par phase de l'ataxie locomotrice telle que la donnent tous les traités récents de pathologie. Notre rôle est de dépouiller les faits intéressants enregistrés par les publications périodiques, depuis un court laps de temps et de les rattacher au fur et à mesure à l'ensemble classique.

Une première période. dans laquelle prédominent les troubles de la sensibilité, ou *période des douleurs fulgurantes*, variées à l'infini comme siège et comme intensité, période à laquelle se rattachent aussi les parésies des nerfs moteurs de l'œil et autres troubles oculaires ; — une deuxième période où domine l'incoordination des mouvements, ou *période d'ataxie*, comprenant encore les altérations et perversions de la sensibilité ainsi que les troubles trophiques (arthropathies, fractures, etc.); enfin une période terminale cachectique *paralytique* ou *de tabes* : telle est, en quelques mots, la conception classique.

Mais il ne faut pas oublier, comme l'a dit très justement M. Cherchevscky (1) qu'on se trouve à chaque instant aux prises avec des observations qui diffèrent et s'éloignent tellement du type classique, que, de prime abord, on serait tenté de ne pas faire rentrer ces cas dans la grande famille tabétique. On désigne souvent sous le nom d'*ataxie fruste* les cas dans lesquels l'incoordination des mouvements est nulle ou peu accentuée, alors que la réunion d'un assez grand nombre de symptômes permet d'asseoir le diagnostic. Mais comme le nombre de ces cas a été se multipliant de jour en jour, il y aura probablement lieu de refaire d'ici à peu une classification nouvelle.

III

C'est surtout depuis 1868 que la séméiotique du tabes s'est enrichie d'un grand nombre de symptômes importants. A cette époque M. Charcot insista sur la grande fréquence des CRISES GASTRIQUES parmi les douleurs viscérales ; il décrivit cette forme de gastralgie dans laquelle des souffrances atroces, partant de l'épigastre pour irradier dans diverses directions, s'accompagnent de vomissements incessants, d'abord alimentaires, puis formés d'un liquide muqueux, incolore, mêlé de bile et quelquefois de sang ; accès durant deux ou trois jours, et dans l'intervalle desquels l'estomac fonctionne normalement.

A ces crises de douleurs viscérales, se rattachent celles qui simulent absolument des coliques *néphrétiques* avec rétraction du testicule, mais sans gravier, ni sables, ni catarrhe (M. Raymond); ces souffrances *vésicales* et *uréthrales*, avec envie fréquente d'uriner et miction douloureuse, ou *rectales* avec sensation de corps étranger dans le rectum et besoin fréquent, le plus souvent infructueux, d'aller à la selle.

A la première période se rattachant les TROUBLES OCULAIRES, ainsi que le savait bien Duchenne, mais sont plus variés que celui-ci ne le croyait. — Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil déterminent divers genres de *strabisme*, convergent des deux yeux, ou interne unioculaire, ou externe d'un seul œil, ou alternant, avec ou sans chute de la paupière supérieure et dilatation pupillaire.

Il est fréquent que les deux pupilles soient resserrées, très resserrées même (*myosis*), et cette contraction pupillaire n'est pas modifiée par le passage de la lumière à l'obscurité ; c'est ce qu'on a appelé le signe de Robertson. Assez souvent les pupilles sont inégales et à des degrés très variés comme dans la paralysie générale des aliénés.

Les troubles de la vue sont une *diplopie* transverse ou verticale : les malades voient, les uns, les objets doubles et à la même hauteur, tandis que d'autres les voient doubles également, mais à des hauteurs différentes. Il peut y avoir *hémiopie* (vision de la moitié des objets seulement), diminution de la portée de la vue, *amblyopie*, et de l'étendue du champ visuel. Le malade peut voir des

(1) Revue de Médecine, 1881.

bluettes, des mouches volantes; il peut perdre la sensation des couleurs, au point de ne pas distinguer certaines d'entre elles, tandis qu'il voit assez nettement les autres (*dyschromatopsie*). Ces divers phénomèmes sont plus ou moins durables, parfois très passagers, disparaissant au bout de quelques heures pour se renouveler une ou deux fois, mais faciles en général à reconstituer par l'interrogatoire du malade, dans la mémoire duquel le souvenir en est resté fixé. Enfin la *cécité* peut être complète par atrophie d'une ou des deux pupilles des nerfs optiques. On se rendra compte de l'importance que peuvent avoir ces notions pour le diagnostic, en réfléchissant qu'il s'agit de signes parfois extraordinairement précoces. Charcot ne cite-t-il pas le cas d'un malade atteint d'amaurose en 1850, qui, dix ans plus tard, fut pris de douleurs fulgurantes, et chez lequel, en 1876 seulement (au bout de 26 ans), survint l'incoordination motrice ?

IV

La première période de l'ataxie est encore souvent caractérisée par des troubles d'autre nature qu'il est bon d'avoir présents à la pensée; car c'est plus d'une fois pour l'un d'entre eux que les malades viennent consulter.

Les *troubles de la sensibilité* ne sont pas toujours des douleurs affectant le caractère de la fulguration ou des crises viscérales.

Certains sujets accusent des sensations de fourmillements, d'agacements dans la peau, surtout dans les orteils ou dans les doigts. Assez souvent on trouve une anesthésie plus ou moins marquée du tégument au point même où sont ressentis les picotements. Il faut avoir assisté, comme nous l'avons fait si souvent, à la consultation externe de la Salpétrière où affluent en si grand nombre les infortunés tabétiques, pour se rendre compte de la richesse des comparaisons employées par les malades, lorsqu'ils cherchent à analyser les sensations étranges qu'ils éprouvent. L'un vous dira qu'il sent en un point du corps, dans le ventre, une tumeur contenant un liquide en ébullition; un autre sent ses membres se détacher du tronc, mais sans que pour cela la douleur soit très vive ; un autre vous parlera de gouttes d'eau chaude ou froide qui lui semblent tomber sur la peau à intervalles réguliers.

Le plus connu de ces troubles sensitifs est cette *anesthésie de la plante du pied* qui, surtout accusée dans la période d'ataxie, mais assez fréquente pourtant dès le début, fait croire au malade qu'il marche sur un tapis, sur une plaque d'ouate, de caoutchouc ou dans la neige.

On peut observer de très bonne heure des troubles vésicaux, non pas douloureux, mais résultant au contraire de l'anesthésie de la muqueuse vésico-prostatique; c'est rarement de la rétention, bien plus souvent de *l'incontinence d'urine*.

Le malade, n'ayant plus qu'une conscience nulle ou très affaiblie de l'état de sa vessie, urine sans s'en douter, surtout lorsque son attention n'est pas très en éveil : ainsi s'explique la fréquence de l'incontinence nocturne.

Du côté de l'appareil génital, une surexcitation satyriasique qui permettrait au malade de répéter le coït un grand nombre de fois en peu de temps est un fait rare, en tout cas très passager. La spermatorrhée avec ou sans érections serait moins fréquente qu'on ne l'a prétendue, excepté chez les sujets qui ont faits des excès vénériens, (Vulpian). Mais ce qui est presque constant, fait capital, l'un des premiers qui préoccupe gravement le malade (et on le conçoit), c'est *l'anaphrodisie* rapide, l'impuissance absolue, irrémédiable ; parfois les érections se produisent encore assez longtemps, incomplètes, peu soutenues, mais toujours suivies d'une éjaculation si prompte que le coït est rendu impossible. Concurremment peut exister l'anesthésie de la verge, du gland, du scrotum.

Dès la première période, s'observent assez souvent certains troubles trophiques, à la description desquels a contribué surtout Charcot, nous voulons parler des *arthropathies*.

Dans d'autres cas, le début peut être marqué par la *disparition des réflexes tendineux* (Erb, Westphal). Mais ce sont là des points qui appellent d'assez longues réflexions, ainsi que les *crises laryngées* dont M. Féréol parla le premier dès 1868, ainsi que les *troubles cardiaques* dont nous ont récemment entretenus MM. Grasset, Letulle et Debove ; remettons-en l'analyse à quinzaine.

(*A suivre*) Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

COMMISSION DE RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE

—

EXTRAIT

Du Procès-Verbal de la cinquième Séance.

La Commission de révision de la législation s'est réunie pour la cinquième fois le mercredi 29 mars 1882, à 4 heures.

La séance tout entière a été consacrée à la lecture du rapport de M. le Dr Geoffroy.

Aprés l'avoir entendu et discuté, la Commission a demandé l'impression de ce rapport et a décidé qu'il serait adressé à MM. les médecins Sénateurs et Députés, puis publié dans le *Concours médical* pour être envoyé à tous nos confrères et à toutes

les personnes que peut intéresser la réforme médicale.

Ce premier travail ne porte que sur les trois questions suivantes:

Exercice de la médecine,

Exercice illégal,

Médecins étrangers.

La *Commission* continuera ses études sur les autres points de notre législation qui appellent aussi une sérieuse révision.

La séance a été levée à sept heures et demie.

Le secrétaire, GEOFFROY.

II.

LES ANNONCES MÉDICALES ;

Le Lyon médical a publié dernièrement, sur ce sujet, une série d'articles de M. le *professeur Diday*. Nous en extrayons les passages suivants qui ne peuvent manquer d'intéresser nos lecteurs.

§ I. — *Le Mal.*

Le mal !... Faut-il donc le nommer ? Il est là, sous nos yeux : il foisonne, il pullule, il grouille, fermente, déborde, se multipliant par les miasmes qu'il engendre, renaissant de ses propres excès, de ses luttes intestines contre lui-même. Nous ne le connaissons que trop ce Protée *nostras*, insidieux ou cynique, tour à tour rampant, hâbleur, patelin, matamore ; bravant et buvant toute honte ; soir et matin, embusqué à l'angle suspect d'une colonne de bas étage où, philanthrope de nouvelle espèce, il a trouvé moyen de prendre au passant, d'un seul coup, la bourse et la vie.

Le métier, du reste, est à la portée de tous, et l'apprentissage aisé autant que l'exploitation fructueuse. — Cabarro s'ennuyait dans son officine déserte. Un jour de pluie, en deux temps, vli, vlan ce puissant génie n'a-t-il pas trouvé l'injection « *seule infaillible*, la seule qui guérisse *en trois jours* » ! Qu'on le dise ! Et on se le dira, s'il a passé à la caisse. — Le malheur est bien qu'il existait déjà un arcane d'égale valeur, et, lui, aussi, également signalé dans la même feuille, comme l'*unique infaillible*. Mais bah ! en se serrant un peu... . . . .

L'audace de cette tourbe s'allume à une connivence dont ils sont trop sûrs. Car, que pourrait l'escroc sans le recéleur ? Juste ce que pourrait le charlatan sans l'annonceur. Mais, Dieu merci, ils n'ont pas à craindre cet échec. Aucune de leurs élucubrations a-t- elle jamais subi l'affront d'un ajournement ? Si *le papier supporte tout* est un dicton vrai, il l'est surtout du papier de derrière la deuxième feuille.

Soutenant, un jour, ce propos en présence d'un ami qui, parce qu'il me connaît depuis longtemps, me faisait l'honneur de croire à la conscience des journalistes : « Non, vous les calomniez, s'écria-t-il dans un beau mouvement. Assurément, en ce genre, ils laissent passer beaucoup de choses par inadvertance, ou parce que, ignorants en médecine, ils y sont eux-mêmes les premiers trompés. Mais il est cependant des choses que vous ne leur feriez point accepter. Il est des bornes... »

— « Des bornes !... lui dis-je, en écrivant d'inspiration quelques lignes sur le coin de ma table. Tenez : je mets sous enveloppe, avec trois francs en timbres. Je cachète, j'affranchis. Faites-moi le plaisir de jeter ceci à la poste : dès demain vous m'en direz des nouvelles. »

Et le lendemain ?

Le lendemain, mon pauvre camarade revenait converti, l'oreille basse. Je ne vous priverai pas de mon petit chef-d'œuvre, Messieurs. Le voici, tel qu'il s'étalait en bon lieu, dans l'une de nos deux feuilles populaires, tel que j'aurais pu, pour mon argent, le faire reproduire tous les jours, trois mois durant, par tous les *organes de l'opinion* : . . . .

Dr R..., rue Désirée, 8, au 3me, guérit gratis toutes les maladies en deux heures et demie.

Oui, vous l'avez bien entendu : et je l'ai souligné pour vous faire mesurer, à côté de la tolérance du bon public, celle des gens d'esprit et de cœur qui se sont, ils le disent, donné mission de quotidiennement l'éclairer et de l'instruire ! . . .

. . . .

Que de réalités, si mon pinceau voulait les reproduire, auraient, en moins d'une journée, séché ma palette. Comptez, si vous pouvez, tous les vins, cigares, farines, pâtes, mixtures, tous les robs, sirops, thés, topiques, toutes les rinçures de fioles et râclures de bassines, qui émergent du néant, à chaque aurore nouvelle ! Comptez : la bosogne est peu alléchante, mais le texte explicatif ! Oh ! le texte !! L'un a guéri... *le Pape* ! — L'autre, le croiriez-vous ? vient à bout, sans mercure, des blennorrhagies. — Celui-ci, posé sur la hanche, « défi qui que ce soit d'affirmer comme lui la guérison certaine et rapide de toutes les *maladies*, etc. » — Mais ce n'est plus qui que ce *soit*, c'est qui que ce *fût* qne son rival mieux inspiré prend à témoin quand il « offre 10,000 fr. à toute personne qui déclarera n'avoir pas été *rappelée à la vie* par son spécifique ! » — Les ferrugineux donnent bien quelque mal aux clients qui voudraient prendre le meilleur ; car, sur la même page, il ne s'en étale jamais moins de 4 ou 5, tous prônés comme *seul efficace*, par des Académies, des Facultés, des professeurs, des sommités tellement connues qu'on se dispense d'écrire leur nom !

Mais c'est le choix d'un dépuratif qui doit créer à cette clientèle le plus sérieux embarras. Et pourtant il y a péril en la demeure. Car, règle générale, tout homme est impur, puisqu'il doit, est-il dit dans son intérêt, se purifier à chaque retour de saison. Or, on me crie bien de gauche que « deux pilules de... prises le matin, sans aucun régime, guérissent la masse du sang, corrigent les humeurs, expulsent la corruption, les acides, la bile, les glaires, les matières âcres, vicieuses, muqueuses, corrosives, source de toutes les maladies. — Mais, répond-t-on de droite, « un po-

tage, un simple potage, — Dieu ! quelle soupe le gaillard trempe là à son voisin ! — guérit les dyspepsies, gastralgies, phthisies, dysenteries, vomissements, insomnies, *constipation et diarrhée* — bravo ! — l'anémie, le manque d'appétit et l'énergie vitale. » Guérir l'*énergie vitale !*

§ 2. — *Les conséquences.*

Mais laissons là ce fumier et, si vous voulez, Messieurs, changeons aussi de ton. Que le pur moraliste, qui voit de haut et de loin, en sourie à son aise. Pour le philanthrope éclairé et pratique, en contact incessant avec les misères sociales, j'ai dit pour un vrai médecin, le rire ici n'est que trop près des larmes.

Où s'alimentent en effet ces maraudeurs? Quel bas-fond prête son support à leur malsaine culture?

Ignorance et crédulité, me répondra-t-on! Oui, sans doute. Mais cela n'explique pas tout.

. . . .

Il faut une *passion* qui pousse la dupe non-seulement à croire, mais à agir, à donner son argent en signe de sa foi.

. . . .

Eclaircissons ceci par quelque exemple. Il est une affection dont le nom seul fait frémir les plus braves. S'y est-on exposé? on se sent déjà atteint. L'a-t-on prise ? on se sent rongé le reste de ses jours. Et l'horreur du mal est encore dépassée par l'horreur de son antidote. C'est en vain que la science, en vain que l'expérience à la portée de tous luttent depuis des siècles, avec la force de l'évidence, contre un préjugé plus meurtrier que le fléau lui-même.

Eh bien! ce préjugé fatal que nous voudrions à tout prix dissiper, nous médecins: « Si je pouvais l'épaissir, s'est dit le courtier d'annonces, quelle fortune! Qu'importent les transes, les affolements, le désespoir, le suicide que vont semer ces prospectus terrifiants, pourvu que j'écoule mes produits! » Ainsi fait-il, s'en donnant à cœur-joie, tondant sans pitié jusqu'à la chair vive dans le docile troupeau que lui livre l'incurie sociale.

. . . .

Mais n'assombrissons pas ces teintes lugubres. Un autre côté du tableau est mieux fait pour fixer les regards d'un enfant du siècle. Et celui-ci, vous n'avez pas à le chercher : il s'étale, il se pavane, il affronte et provoque. Pas une feuille périodique qui n'en pare son recto et son verso; pas une colonne du boulevard qui ne vous offre *intùs* et *extra.*

. . . .

Aussi puis-je vous demander, en toute sécurité de conscience : Ai-je exagéré, quand je dis que les annonces médicales ne prospèrent qu'en allumant, qu'en chauffant au rouge blanc les passions les plus pernicieuses à l'homme et à la société; que unies, dans un but commun, à leurs dignes sœurs, aux annonces financières, elles n'enrichissent ceux qui les rédigent qu'aux dépens de la bourse, de la vie, de l'honneur de ceux qui les lisent?

Tout ceci paraît grave, n'est-ce pas, car tout ceci n'est que trop et de plus en plus justifié. Faible tort pourtant, à mes yeux, et le moindre de mes griefs contre la gent réclamiste. Ce qui me fait peur, à moi, ce qui m'arrache le cri d'alarme, ce ne sont point quelques naufrages toujours plus ou moins mérités, c'est le gouffre où je vois s'engloutir, avec l'esprit français, notre dignité, nos mœurs, nos vertus nationales.

Le mal grandit sans doute si une loi supprimant autorisation et cautionnement permet à la presse de se faire le porte-voix quotidien de l'œuvre subversive ou perverse. Oui, le mal a grandi ; mais il a encore son frein. Car que sert au folliculaire la liberté de voir le jour si la note de son imprimeur doit rester en souffrance ?

Longtemps, en effet, parmi nous, ce frein fut suffisant, Messieurs. Le succès commercial d'un journal donnant alors la mesure de sa valeur littéraire et morale, ç'aurait été non-seulement une mauvaise action, mais de *mauvaises actions* que celles employées à fonder, ce que nous voyons aujourd'hui croître et multiplier, une de ces feuilles digne messagère et complaisant instrument de toutes les palinodies politiques, de toutes les souillures du foyer domestique. Et le dégoût, avant la réprobation publique, aurait, en quelques semaines, coupé les vivres au maladroit impresario, restant hué, conspué même par ses compagnons de trottoir.

C'est du trottoir aujourd'hui qu'il nous rend nos mépris ; car avec la liste civile que les charlatans, les proxénètes, les lanceurs d'affaires lui font à l'envi, il se passe sans peine, que dis-je? il se passe avec délices des suffrages de l'opinion. « L'abonné!... Mais c'est du vieux jeu. Foin de son maigre apport, fluctuant, marchandé, vétilleux, et toujours moins porté à se donner qu'à se reprendre ?

Que je déclare seulement aujourd'hui un tirage à dix mille, et demain j'ai dans mon antichambre *S....., C......, et F........* Voilà des noms : voilà ce que j'appelle des hommes d'une valeur positive. Voilà mes auteurs, à moi. Avec ceux-là, du moins, la copie n'est jamais en retard, et le jour du paiement, c'est moi qui donne quittance. »

En deux mots commencez par signer un bon *traité pour les annonces*; puis foncez le corps du journal d'aussi plates ou dangereuses inepties qu'il en pourra contenir sans empiéter sur l'arche sainte, sur le vrai terrain nutritif, sur la quatrième page, et vous voilà rédacteur en chef influent.

§ 3. — *Les remèdes.*

Ils existent, et j'en ai plein les mains. Mais suffit-il de prescrire? Et, avant tout, le malade veut-il être guéri ?

L'instruction, nous dit-on, va faire ce miracle. Hélas ! mieux elle saura lire, plus la gent exploitable multiplie ses chances d'être exploitée. Est-ce d'illettrés, s'il vous plaît, que se composait la clientèle du *docteur noir*, du *zouave Jacob*, de toutes les Stéphanies ou Camilles extra-lucides? Les ingénieurs, les hauts fonctionnaires, les académiciens n'y disputaient-ils pas aux rustres les

strapontins de la salle d'attente? Lorsque jadis nous poursuivîmes, pour cause d'exercice illégal, la voyante Bressac, un magistrat ne s'est-il pas trouvé à Lyon et un à Grenoble, pour nous répondre : « Je la condamnerai, docteur; la loi est là. Mais je ne vous cache point que moi et ma famille nous sommes ses clients. »

Encore la chère demoiselle faisait-elle certains frais de mise en scène. Mais l'*annoncier* se donne moins de mal; et il n'en réussi, que mieux. O saint et suprême empire de la lettre moulée! Toi seul peux nous expliquer l'inexplicable mystère, Qu'un inconnu, à brûle-pourpoint, vous crie : « Je suis un génie, un philanthrope par dessus le marché; et je guéris, gratis, en trois jours, une maladie de vingt ans? » — « Quel jobard, dites-vous en lui tournant les talons ; quel jobard! Mais moi! moi! pour qui me prend-il donc? » Patience, ce qu'il vous disait hier, que demain il l'écrive... non, pardon, qu'il l'imprime, et vous courrez vider entre ses mains votre porte-monnaie.

Le fretin voulant obstinément passer par la poêle à frire, n'y a-t-il rien à espérer de ceux qui en tiennent le manche? Ma profession me désignant parmi eux les plus éclairés et les plus humains, une certaine notoriété, d'ailleurs, me donnant quelque chance de les rendre attentifs, c'est à mes collègues, c'est aux rédacteurs des journeaux de médecine, que j'ai adressé cet appel. Qu'en est-il advenu?

. . . .

Mais une question préjudicielle s'interpose, et qui a bien son importance, puisque c'est, dit-on une question de vie ou de mort. « Arrêtez, me crient ensemble, alliés pour la commune défense, Félix Roubaud, Caffe, Bossu, Amédée Latour, arrêtez : sans le subside de l'annonce, le journalisme est impossible, et nous n'aurons plus qu'à mourir. »

Mourir! Et vous croyez que la perspective m'effraye!... Oui, sur les ruines de notre journalisme décrépit, mort, gavé de l'indigeste pâtée, avec quel orgueil j'entrevois ressuscitée l'ancienne presse médicale, où l'esprit français tenait en respect l'esprit yankee ; où une critique sainement fécondante couvrait les suppléments, réceptacle aujourd'hui, dépotoir, si vous voulez, d'un engrais d'autre sorte; où vous vous étiez fait une si belle place, vous-mêmes, mes vieux amis, parce que la première, en ce temps-là, appartenait de droit au plus savant, au plus probe, au mieux disant! Un succès d'argent nous flattait alors par-dessus tous autres, puisqu'il était le vrai, le seul critérium du mérite. Et c'est avec fierté, quant à moi, que, à chaque fin d'exercice, je comptais, avec fierté que je rappelle ici, les quinze cents francs de bénéfices que bon an mal an, ma modeste *Gazette médicale de Lyon* m'a régulièrement rapportés, de 1858 à 1869.

Peut-être, après tout, était-il bon que même ce dernier exemple disparût; que l'envahissement, que le déluge devînt universel. La gangrène ne triomphe du cancer qu'en le frappant tout entier.

(A suivre).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Lyon le 26 Mars 82.

Veuillez me permettre de vous adresser mes plus vives et plus sympathiques félicitations, pour avoir si bien su mettre en lumière la question des syndicats médicaux. Grâce à vos deux mille adhérents, il est en train d'exécuter son tour de France, et un jour, nous pourrons tous affirmer notre foi la plus entière dans la virilité du corps médical.

Jusque là, ce corps sans âme allait au hasard, attendant tout des gouvernements, passé et présent; la manne ministérielle ou législative devait toujours venir, et, dévorés par une soif de progrès et d'amélioration, nous nous endormions.

Etait-ce impuissance, stérilité, jalousie mesquine par défaut d'entente entre confrères? Toujours est-il constant, que, depuis près de trois quarts de siécle, ce far-niente, devenait écœurant pour la plus grande majorité de nos confrères, pleins de bonne volonté, suicidés par leur isolement. Il nous fallait un drapeau; c'est celui des syndicats que nous devons arborer.

Quelques médecins du *Rhône* indépendants, avaient eu la velléité de fonder un *Syndicat* en suivant votre initiative, lorsque, tout d'un coup, l'*association médicale* crut devoir prendre en mains ce projet; au mois de novembre dernier, 69 membres répondirent à l'appel généreux de notre cher et bien aimé président. M. le professeur DESGRANGES; l'avant projet du *syndicat* élaboré par la commission de l'association du *Rhône* offrait d'englober d'un seul coup, et d'un seul trait, les deux cent trente cinq membres à l'exclusion de tous ceux qui ne faisaient pas partie de notre association.

Cette proposition parut antilibérale au dernier chef, à plusieurs d'entre nous; le mot d'exclusivisme sonnait mal à nos oreilles, il fut décidé par 68 voix contre une, qu'on ferait un *Syndicat*. Une commission de cinq membres fut chargée d'élaborer un contre-projet. Cette élaboration faite, le 19 mars on convoqua à nouveau les membres de l'association et non les autres.

A la lecture du premier article réclamant le droit de se syndiquer entre tous les médecins français diplomés, il y eut une interpellation très vive, priant la commission du *contre-projet* de vouloir bien ne pas accepter, dans le syndicat, les officiers de santé.

Ici j'ouvre une parenthèse pour vous dire que l'intention de la commission des cinq était de voir tous les médecins dignes de ce nom, officiers de santé ou docterus en médecine, reçus dans le giron du *syndicat* pour lui donner la plus grande cohésion et la plus grande extension possibles. Malgré des protestations, on décide que les officiers de santé de Lyon ne seront pas admis.

Alors la question se pose, non pas sur la création du syndicat (il est décidé, malgré un éreintement en règle de notre cher ami, le secrétaire général de l'association), mais pour savoir si le syndicat sera ouvert ou fermé, c'est-à-dire s'il ne pourra exister qu'entre les membres de l'association ou indistinctement entre tous les membres du corps médical du Rhône, revêtus d'un diplôme français de *Docteur en médecine*. Après une longue et

aborieuse dis cussion, la montagne n'accoucha pas même d'une souris. — La fatigue, l'ennui causés par la longueur de la séance avaient fait disparaître bon nombre d'adhérents et 16 voix contre 16 arborèrent le drapeau de l'impuissance qui stérilise et flétrit toutes les aspirations les plus généreuses et les plus louables.

Malgré cette division, je crois à la création du *syndicat général des médecins du Rhône* et malgré les lenteurs sénatoriales il se créera. N'avons-nous pas une autorisation inscrite dans la loi, qui nous permet de nous réunir au nombre de dix-neuf personnes. — De là n'entrevoyez-vous point la création de syndicats originaux se fédéralisant entre eux, à l'instar de l'association générale des médecins de France. Nous n'avons donc pas besoin dé la loi; faisons nos affaires nous-mêmes; laissons les béquilles et les tuteurs aux malheureux qui ne savent s'en passer.

Avec les grands mots de loi, de gouvernement, nous entravons toutes les initiatives en France, et d'un pays de progrès et d'avenir nous faisons un pays de routine et de paperassiers.

Agréez, etc

Dr Francisque Garnier.

Quelle singulière idée que de vouloir exclure d'une association de médecins une catégorie de praticiens pourvus d'un diplôme, lorsqu'ils exercent honorablement, en vertu des droits qui leur sont conférés. On n'a nul droit, en pareil cas, de considérer autre chose que l'honorabilité. Voyez cette association qui exclura le père, officier de santé. Quels seront les sentiments du fils, docteur en médecine, devant cette aberration!

Nous répétons que le droit de fonder *légalement un syndicat* existe actuellement. Il suffit d'adopter la forme de *Société civile*. D'ailleurs, à quoi bon attendre le vote d'une loi. Maçons, charpentiers, menuisiers, etc..., toutes les professions sont syndiquées. La loi n'en a cure... et les médecins voudraient obliger le législateur à légiférer pour avoir le droit de faire ce dont personne ne s'avise de leur contester la faculté !! Mauvaise défaite !

Association générale des médecins de France.

La vingt-troisième Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le 16 et le 17 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Voici l'ordre du jour des deux séances :

Dimanche 16 *avril* 1882. — La séance sera ouverte à *trois heures précises*

1o Allocution de M. le Président ;

2o Exposé de la situation financière de l'Associarion générale, par M. Brun, trésorier;

3o Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général;

4o Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année, 1881, par M. Martineau, secrétaire ;

5o Rapport de M. Penard, au nom de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (première partie);

6o Election d'un vice-président de l'Association, en remplacement de M. Bouillaud, décédé; — d'un secrétaire général, en remplacement de M. Amédée Latour, démissionnaire; — de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Petit, Peter, Gallard, Deuncé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Brierre de Boismont, décédé, — (Au terme de l'art. 10, les membres sortants du Conseil général sont rééligibles).

Lundi 17 *avril* 1882. — La séance sera ouverte à *deux heures précises*.

1o Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2o Approbation des comptes du Trésorier par l'assemblée générale ;

3o Deuxième partie du rapport de M. Penard sur les pensions viagères à accorder en 1882. Discussion et vote des conclusions ;

4o Ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1883 ;

5o Discussion sur le rapport de Me Vannesson (service médical), lu à la dernière Assemblée générale et publié dans *l'Annuaire* de 1881 ;

6o Rapport sur la question de l'exercice de la médecine pratique sur le territoire français par les médecins belges et luxembourgeois (dénonciation de la convention diplomatique de janvier 1881). — Me Vannesson, rapporteur;

7o Rapport sur le vœu de la double patente imposée aux médecins, notamment aux médecins exerçant près les stations thermales ou hivernales (vœu de M. Maximin Legrand). — Rapporteur M. Richelot.

8o Rapport sur le vœu de M. Charbonnier (Sarthe), priant le Conseil général d'intervenir auprès du gouvernement pour obtenir le vote de fonds nécessaires aux départements et aux communes, afin d'assurer par l'augmentation des honoraires le bon fonctionnement de la médecine des pauvres. — Rapporteur, M. Lunier ;

9o Rapport de M. Bucquoy sur le vœu émis par M. Surmay, relatif aux rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels;

10o Rapport sur le vœu de M. Bigourdan (Eure), relatif au projet d'assurances sur la vie entre médecins. — M. Brun, rapporteur.

11o Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyées au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1883.

N. B. — Le Banquet aura lieu le 16 avril, à 7 heures précises.

L'astronomie, Revue mensuelle d'Astronomie populaire, de Météorologie et de Physique du globe, par Camille Flammarion. — Sommaire du No 2 : *Le soleil et ses phénomènes* (nombreuses figures, représentant la surface photographiée du Soleil, les taches et l'accroissement actuel de l'activité solaire). — *La comète perdue* (2 figures). — *La tache rouge actuellement visible sur Jupiter* (2 dessins télescopiques). — *Comment la lune se meut dans l'espace*. — *Académie des sciences* : Etudes solaires, par MM. Faye et Spœrer. — *Nouvelles de la science et Variétés :* La soirée de l'Observatoire. Une nouvelle planète. Comètes observées à grandes distances. Enorme tache sur le soleil. La lumière zodiacale. L'Observatoire de Nice. — *Le ciel en avril* 1882 : Observations intéressantes à faire.

Errata. — Dans le dernier numéro, page 148, 1re colonne, ligne 13, *au lieu de* : inférieur, *lisez* : supérieur. — Page 153, 2e colonne, ligne 33, *au lieu de*: loi d'indépendance, *lisez* : loi de transition.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

22 Avril 1882 — 4me Année. — N° 16

SOMMAIRE

BULLETIN

Association des médecins de France.

XXIIIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Ainsi que c'est l'usage, la réunion a eu lieu dans l'Amphithéâtre de l'Assistance publique; la première séance a été ouverte le dimanche 16 avril 1882, à trois heures, au milieu d'une assistance nombreuse: le Conseil général, presque au complet, siégeait sur l'estrade, et les quatre-vingt-quatorze sociétés locales avaient envoyé un grand nombre de délégués qui représentaient dignement les huit mille membres de l'Association.

Le discours de notre honoré Président général a été, comme toujours, plein d'esprit, de tact et de distinction: M. H. Roger est un maître dans l'art de bien dire: il sait faire valoir et rehausser encore ses expressions par le ton de finesse et de bonne grâce dont il les accompagne; aussi ne lui marchande-t-on pas les applaudissements et les marques de sympathie.

Le compte-rendu financier lu par l'intègre et habile trésorier général, M. Brun, prouve que l'Association est riche, fort riche: sa fortune s'élève à 750,000 francs, dont 89,000 appartiennent à la Société Centrale. Aussi l'Association peut-elle distribuer chaque année à ses pensionnaires de 28 à 29,000 francs, représentés dans la Caisse des Dépôts et Consignations par un capital immobilisé de plus de 600,000 francs.

C'est M. le Dr Martineau qui remplace momentanément notre tout dévoué Secrétaire général, M. Amédée Latour, que la maladie tient éloigné de nos Assemblées depuis plusieurs années déjà. Le compte-rendu des faits et gestes de l'Association pendant l'année 1881 ne laisse rien à désirer ni pour le fonds, ni pour la forme; il mériterait une approbation sans réserve, si l'auteur, se contentant d'avoir effleuré délicatement, comme il l'a su faire dans son travail, la question *brûlante* des syndicats médicaux, n'avait pas cru devoir rattacher au corps de son discours, par un enchaînement d'idées qne l'on a quelque peine à suivre, une sorte d'appendice où ces pauvres syndicats en voie de formation ne sont pas du tout présentés sous des couleurs favorables.

Ainsi M. Martineau, après avoir paru d'abord approuver, termine en désapprouvant. Nous devons en conclure que, si l'honorable orateur n'a pas cru pouvoir passer sous silence une question qui préoccupe et intéresse à un si haut point tant de membres de l'Association, en somme, il ne voit point avec plaisir se former cette institution nouvelle. Serait-ce donc que les syndicats, ces modestes cercles, fondés par un nombre toujours restreint de praticiens qui se réunissent pour se protéger d'une façon plus efficace, porteraient ombrage à la vaste et la puissante Association générale, à côté de laquelle ils naissent et se développent, sans rien lui demander, mais sans chercher non plus à diminuer son prestige? — Nous aimons mieux tenir le compte-rendu de l'honorable secrétaire pour terminé avant le malencontreux

passage auquel nous faisons allusion ; les syndicats forment d'ailleurs une question qui doit se discuter en dehors de l'Association, puisqu'ils se fondent et existent en dehors d'elle.

L'Association générale est, en somme, une Société de Secours Mutuels ; elle amasse, progresse et fait le plus de bien possible en secourant les infirmes et les déshérités de la profession, en assistant les veuves, en élevant les orphelins : il n'est personne qui méconnaisse les sentiments élevés et généreux qui ont donné naissance à une pareille institution, personne qui en discute l'utilité.............

Le syndicat n'est pas une œuvre de charité, mais de protection : il se propose de défendre les droits et les intérêts du praticien dont il ne veut pas que le dévouement et les services puissent, selon le caprice du premier venu, être tenus pour nuls et non avenus. Protecteur naturel des médecins dans *la lutte pour la vie*, il ne cherche à attaquer personne ; mais il prétend que la profession médicale, comme toute autre profession utile, doit procurer à celui qui l'embrasse une existence facile, sinon large, avec les moyens d'élever honorablement sa famille.

Le médecin a donc un double intérêt à devenir membre de l'Association et à faire partie d'un syndicat : la première lui promet aide et assistance pour les siens, après sa mort ; le second lui assure, pendant sa vie, les ressources qu'il peut tirer de l'exercice de sa profession et lui procure ainsi le plaisir de pouvoir aider ses confrères moins heureux, en soutenant l'Association, au lieu d'être une charge pour elle.

Mais, dit M. Martineau, le syndicat entrave la liberté, diminue l'indépendance du médecin ! En quoi donc, je vous prie ? Le tarif établi par un syndicat n'est jamais qu'un tarif *minimum*, et même avec ce tarif *minimum*, le médecin restera toujour libre de ne pas faire payer ceux de ses clients qu'il jugera convenable, de traiter gratuitement ceux envers qui il croira avoir des obligations, ou à qui, pour une raison ou pour une autre, il pensera devoir faire hommage de ses soins. Les grands confrères en clientèle n'ont-ils pas d'ailleurs, eux aussi, une sorte de tarifs adoptés par l'usage ? En tout cas, ils ne se doutent pas, et ils ne se douteront probablement jamais du tarif minimum admis presque partout.

Les règles élaborées en commun pour sauvegarder la dignité non moins que l'intérêt du médecin ne sauraient en rien entraver sa liberté, nuire à son indépendance, sans arrêter sa charité ; elles ne sont destinées qu'à l'empêcher de faire la guerre à ses dépens ; en outre, l'obligation *morale* où il sera de fréquenter ses confrères, réunis avec lui dans un but commun, les lui fera mieux connaître, et, par suite, mieux apprécier ; enfin cette union, pleine de concorde, lui inspirera plus de confiance en lui-même et dans les autres : et c'est ainsi que les syndicats relèveront la dignité professionnelle si souvent compromise dans d'indignes marchandages ! Telle est, en quelques mots, l'institution éminemment confraternelle que M. Martineau repousse au nom de la confraternité ! Combien il eût été mieux inspiré d'abréger de ce paragraphe malheureux son excellent compte-rendu !

Après le discours gracieux, spirituel et particulièrement bien dit de M. Pénard sur les pensions viagères, l'Assemblée avant de se séparer, a nommé par acclamation :

Vice-président honoraire M. J. Cloquet.
Vice-président M. Ricord.
Secrétaire général honoraire M. A. Latour.

Le banquet offert le soir aux Présidents et Délégués de la province a eu lieu à l'Hôtel Continental. Renvoyant au lendemain les affaires sérieuses, les hôtes n'ont pensé qu'au plaisir de se voir réunis, et la cordialité la plus aimable a bientôt animé toutes les conversations.

Au dessert, M. H. Roger, avec l'esprit qu'on lui connaît, a bu aux Présidents et aux Délégués des Sociétés locales.

M. Pénard a porté, à son tour, la santé de notre excellent Président général, « le maître aimé d'un grand nombre d'entre nous, l'ami de tous. »

M. Ricord, provoqué par les appels affectueux de l'assemblée, a prononcé quelques paroles très émues et très applaudies pour remercier ses confrères de l'avoir acclamé vice-président.

Enfin M. Bétolaud, le Conseil judiciaire de l'Association, a porté un toast en l'honneur des professions libérales.

TRAVAUX ORIGINAUX

Étiologie du phimosis accidentel

Par le Dr Armand RIZAT.

(*Fin*).

III

Chancres simples.

Dans le cas de phimosis causé par les chancres

simples, il ne faut pas s'attendre à ce que cette complication conserve cette bénignité que l'on observe avec les chancres infectants. Les choses présentent, au contraire, une gravité plus grande et la marche est beaucoup plus rapide, car, dans l'immense majorité des cas, les chancres simples sous-préputiaux revêtent d'emblée le caractère phagédénique ou gangréneux, et, de plus, la propriété qu'ils possèdent de s'inoculer sur le malade augmente encore la gravité de ces accidents.

Dans les phimosis causés par le chancre simple, on doit toujours tenir compte de la forme *en massue* que prend la verge, mais il y a, en outre, une suppuration beaucoup plus abondante que dans le cas de plaques muqueuses, et l'odeur est plus nauséabonde.

Dans ce cas, moins encore que dans le cas de chancre infectant, il ne faut pas temporiser : on n'a que deux alternatives, sectionner la face dorsale du prépuce, ou laisser éliminer le prépuce, le gland et une portion plus ou moins grande de la verge. Et il ne faut pas le cacher aux malades, car ils ne sont pas le moins du monde décidés à se faire traiter par les ciseaux ou le bistouri.

Donc, on sectionne, et on panse ensuite la plaie et les chancres. Mais, va-t-on me dire, n'y a-t-il pas à craindre l'inoculation chancreuse des lèvres de la plaie? Cette objection, quelque sérieuse qu'elle puisse paraître, ne doit pas être mise en ligne de compte avec les accidents imminents et redoutables du phagédénisme qui peut faire tomber le gland en quelques heures. Il est beaucoup plus facile de soigner les chancres à découvert, en voyant ce que l'on fait, que de laisser le phagédénisme accomplir sa marche insidieuse et qu'on ne ne peut limiter.

Pour faire la section du prépuce, on se sert de forts ciseaux, on introduit une des lames jusqu'au cul-de-sac balano-préputial et l'on sectionne d'un seul coup. Si l'on se sert du bistouri, on introduit une sonde canelée jusqu'au cul-de-sac balano-préputial; on conduit le bistouri, le tranchant de la lame en haut, dans la sonde canelée, on tend inférieurement la peau du prépuce avec la main gauche, on traverse le cul-de-sac et l'on revient d'arrière en avant ; quelquefois les malades favorisent la section du prépuce en se retirant brusquement en arrière.

A défaut des ciseaux ou du bistouri, on pourrait se servir du lithotome simple, l'aspect tranquille de cet instrument effraierait un peu moins les malades.

Quand la section est faite, s'il y avait une hémorrhagie, on saisirait les lèvres de la plaie avec des serres-fines; si l'artère était un peu grosse on pourra en faire la ligature. Une fois le sang arrêté, on cautérise les chancres avec du chlorure de zinc « liquéfié à l'air, » et, par dessus le tout, on applique des compresses imbibées de la solution suivante :

Chlorure de zinc	2 gr.
Eau distillée	100 gr.

Quand l'ulcération chancreuse est enrayée et qu'on n'a plus affaire qu'à une plaie simple, on peut supprimer le pansement au chlorure de zinc, et le remplacer par le pansement phéniqué à 2 gr. 50 pour 100.

J'ai vu, au Midi, un malade qui avait tardé de se présenter à l'hôpital et, malgré la section faite aussitôt son entrée, il n'en perdit pas moins 3 centimètres de la verge. La cicatrisation se fit de la façon suivante. Le fourreau de la verge vint s'appliquer sur la face antérieure du moignon des corps caverneux et, tout autour du corps spongieux de l'urèthre, en ménageant un orifice pour la sortie de l'urine, et, quand tout fut rentré dans l'ordre, le malade n'avait aucune altération dans les fonctions urinaires, ou dans l'émission du sperme.

Quelquefois, cependant, le chancre simple sous-préputial se termine d'une façon relativement heureuse : ainsi, chez un jeune garçon de 16 ans, le chancre, placé sur la couronne du gland, provoqua par inoculation sur la muqueuse préputiale une ulcération que s'agrandit au point de laisser le gland faire hernie à travers l'ouverture accidentelle, en repoussant le prépuce au-dessous de lui, et le traitement arrêta toute complication.

Ce cas est assurément très heureux, mais il est extrêmement rare, et ne doit aucunement engager le praticien à temporiser quand il se trouve en présence d'un phimosis causé par le chancre simple, car on assisterait, dans l'immense majorité des cas, à l'élimination spontanée d'une partie plus ou moins grande de la verge, et les malades vous sauraient mauvais gré de cette médication temporisatrice.

Puisque je traite ce sujet, je citerai encore un fait que j'ai observé dans le service de M. Mauriac à l'hôpital du Midi. Un malade atteint de phimosis consécutif à un chancre simple, avec menace de gangrène, eu égard à l'odeur infecte des parties, présentait, en outre, un accident assez rare. Le pus du chancre, s'écoulant sur la peau du scrotum, avait provoqué un érythème très intense qui s'était étendu de proche en proche aux cuisses et à la partie inférieure du tronc, en sorte que le malade semblait avoir un caleçon d'un rouge intense. M. Mauriac fit le débridement du prépuce et, grâce à cette opération, le malade conserva intacte sa verge; mais de plus, le lendemain, l'érythème avait pâli et, deux ou trois jours après, il n'y avait plus à sa place qu'une desquamation épidermique très abondante.

IV. Phimosis consécutif à une balano-posthite simple.

Dans cette forme de balano-posthite qui peut être produite par une foule de causes, herpès génital, malpropreté, etc., la balano-posthite s'établit avant le phimosis, tandis que dans le chancre infectant et dans le chancre simple, c'est le phimosis qui précède la balano-posthite. Que le phimosis précède ou suive l'irritation glando-préputiale, les effets sont les mêmes; mais le pronostic est bien moins grave que dans les cas précités. Comme symptômes de la balano-posthite simple,

aucun changement de formes des parties, le limbe est plus rouge, mais on n'observe pas cet œdème scléreux qu'on rencontre dans le phimosis syphilitique. On n'est pas non plus obligé de débrider le prépuce; car l'inflammation n'est que superficielle et, malgré cela, l'odeur qu'exhale la suppuration est excessivement forte, âcre; souvent même nauséabonde, mais jamais elle n'atteint cette odeur de putréfaction propre à la gangrène. Le pus est de bonne nature; et quelque copieux qu'il soit, jamais il n'y a de blennorrhagie par propagation. La muqueuse balanique peut être entièrement exulcérée, elle peut suppurer de tous les points de sa superficie, l'inflammation s'arrête toujours aux lèvres du méat. La raison est que le pus de la balano-posthite simple n'est pas un liquide virulent comme le pus de la blennorrhagie. Cependant il peut être contagieux, mais cette contagion ne reconnaît pas d'autre cause qu'une simple irritation de la muqueuse. Témoin le fait que j'ai observé sur deux élèves d'un des lycées de Paris. Un de ces jeunes gens contracta une balano-posthite simple, pour laquelle je conseillai des injections sous-préputiales d'azotate d'argent à 5 gr. pour 100, et lui recommandai, en outre des bains locaux. Pour faire cette seconde partie du traitement, le malade profitait du moment où il allait aux cabinets d'aisance et se baignait la verge dans un verre (1).

Son pansement achevé, il prêtait son verre à un de ses condisciples qui n'avait aucune lésion des organes génitaux, et, deux jours après, celui-ci avait une balano-posthite.

Voilà donc un exemple de contagion de balano-posthite, mais je me hâte d'ajouter que, ni l'un ni l'autre, ne contractèrent la plus simple uréthrite tandis que, s'il y avait eu chez l'un ou chez l'autre la moindre trace de pus blennorrhagique, les choses n'en seraient pas restées là.

V. — Abcès blennorrhagiques.

Il arrive parfois, pendant l'évolution de la blennorrhagie, qu'il se produit des abcès du fourreau de la verge. Lorsque ces abcès se trouvent à la région préputiale, le gonflement qui en résulte occasionne un phimosis. J'ai eu tout dernièrement l'occasion de voir un cas semblable. A vrai dire, un phlegmon de la verge, une pénitis peuvent provoquer un phimosis plus ou moins étroit; mais, dans le cas que j'ai observé, la suppuration et la dureté du prépuce, à l'endroit où existait l'abcès, pouvaient faire croire à un phimosis syphilitique, n'eussent été la chaleur mordicante de la peau de la verge, la douleur assez vive et surtout l'absence de *ganglions indurés* ou *engorgés* qui ne manquent jamais, dans le phimosis syphilitique ou dans celui qui est symptomatique des chancres simples.

(1) On sait, en effet, que la trop excessive pudeur de l'administration ne lui a pas encore permis d'aborder de front les réformes nécessaires pour faire pratiquer aux élèves les règles les plus simples de l'hygiène des parties génitales, telles que bains locaux. Est-ce dans le but de ne pas provoquer des idées!!!... Je l'ignore. Mais n'est-ce pas ridicule de voir de grands jeunes gens de 17 ou 19 ans, 20 ans même, être réduits à se laver en cachette la verge dans un verre à boire qui sert quelquefois à deux ou trois d'entre eux.

VI. Végétations.

Les végétations sous-préputiales provoquent également un phimosis, mais avec cette sorte d'accidents, la forme du phimosis n'est pas la même. Les végétations se développent lentement, et la peau du prépuce a, pour ainsi dire, le temps de se laisser distendre petit à petit : elle suit la marche des papillomes et le phimosis n'a lieu que parce que l'orifice préputial est trop étroit pour passer par dessus le bouquet des végétations. Mais la peau ne présente pas de trace d'œdème. On observe bien quelques veines plus ou moins tortueuses, mais l'œdème et la lymphangite manquent, à moins, bien entendu, *que ces végétations ne se développent en même temps que des accidents syphilitiques.*

Lorsqu'il n'y a pas de complications de la vérole, l'aspect extérieur de la verge diffère essentiellement du phimosis syphilitique. Au lieu d'avoir cette forme *en massue*, c'est-à-dire au lieu que le gonflement diminue progressivement, de la partie inférieure vers la racine de la verge, on observe une tumeur plus ou moins grosse, occupant tout ou partie de la circonférence de la verge, mais nettement limitée et facile à circonscrire avec les doigts.

Quelquefois ces végétations finissent par faire saillie hors du prépuce, à travers l'orifice du limbe et se présentent comme un champignon fongueux qui masque le gland, le comprime, et l'atrophie en partie. L'urine, obligée de se créer un canal, provoque une irritation incessante, et occasionne ainsi des ulcérations qui saignent et suppurent abondamment.

D'autres fois, ces végétations se développent en hauteur et, quand elles viennent comprimer la muqueuse du prépuce, elles y déterminent une gangrène localisée en ce point. Dans ces conditions, il y a toujours une suppuration abondante due à la balano-posthite et aux végétations elles-mêmes; cette suppuration exhale une odeur infecte qui pourait faire croire à une balano-posthite gangréneuse. D'ailleurs l'erreur de diagnostic n'est pas préjudiciable au malade, car l'une et l'autre comportent la même intervention thérapeutique, c'est-à-dire le débridement du prépuce.

On traite ensuite les végétations en les lavant avec de l'eau phéniquée à 2,50 pour 100; puis en les couvrant d'une couche de la poudre suivante :

Sabine }
Alun } à parties égales.

Le traitement qui m'a donné les meilleurs résultats est celui-ci : je fais laver les végétations avec de l'eau phéniquée, de façon à obtenir un nettoyage aussi complet que possible ; puis j'im-

bibe un pinceau de la solution argentique suivante :

Azotate d'argent 5 grammes
Eau distillée 100 grammes

Je fais faire ce pansement tous les matins. Au bout de deux ou trois jours, les parties les plus superficielles présentent une couleur noirâtre, ou jaune brun, ces parties sont nécrosées; alors, avec un linge un peu rude, ou tout simplement avec l'ongle, je recommande au malade de gratter, toutes les parties nécrosées s'enlèvent par le frottement; mais dès que le sang apparaît, il faut s'arrêter et faire une nouvelle application de la solution argentique. Lorsque les végétations se sont éliminées en partie, il faut recourir au crayon de nitrate d'argent seul, qui trouve son utilité à ce moment, tandis qu'au début on n'aurait jamais pu pénétrer assez profondement la masse des végétations, et l'on procède avec le crayon de la même façon qu'avec la solution.

Ce procédé de pansement est un peu long, mais il a au moins l'avantage de ne pas exposer les malades aux hémorrhagies, et il ne les empêche pas de vaquer à leurs occupations.

Cependant si les végétations étaient par trop volumineuses, on devrait recourir à l'excision, mais il est préférable de se servir du galvanocautère ou thermo-cautère, plutôt que du bistouri ou des ciseaux. Si elles étaient bien pédiculées, le serre-nœud de Maisonneuve ou l'écraseur de Chassaignac seraient encore les meilleurs instruments pour en débarrasser le malade.

Une fois les végétations enlevées, on trouve le gland atrophié, ratatiné : il n'y a pas à s'en préoccuper ; dès que cet organe est débarrassé de ses excroissances parasites, il ne tarde pas à reprendre sa forme normale, il s'épanouit, il *respire* pour ainsi dire, et au bout de quelques semaines, il a recouvré son intégrité première.

La séméiologie du phimosis accidentel étant exposée, il ne me reste plus qu'à parler du *diagnostic différentiel* que je résumerai brièvement, ayant donné tous les caractères propres à chacune des affections susceptibles de produire le phimosis.

1° *Chancres infectants.* — Phimosis s'établissant brusquement du soir au matin. Verge en massue, en battant de cloche, par suite de l'œdème qui siège à la partie inférieure. Quelquefois cet œdème occupe tout le pénis, mais, dans tous les cas, il présente une dureté chondroïde, se laissant à peine déprimer par le doigt. Orifice préputial réduit tantôt à une simple fente, tantôt ovalaire. Ecoulement d'un liquide séreux d'abord, puis séro-purulent, mélangé de bulles de gaz. Pression peu douloureuse, souvent même absolument indolore, sauf aux points où existent les chancres qui présentent une induration nettement caractérisée. Parfois un cordon de lymphite remarquable par ses bosselures donnant la sensation d'un petit chapelet logé sous la peau. — Toujours de l'adénite inguinale indurée uni-latérale ou bi-latérale, quelquefois croisée, c'est-à-dire du côté opposé où se trouve le chancre, par suite de l'entre-croisement des vaisseaux lymphatiques.

2° *Plaques muqueuses.* — Phimosis s'établissant graduellement, œdème dur, semblable à celui du chancre infectant. — Suppuration très abondante, d'une odeur fade, âcre, infecte. Quant aux accidents, ce sont tantôt des papules, des plaques ordinaires, tantôt des rhagades, des fissures ; ces deux dernières occupent plus spécialement les plis du limbe préputial.

3° *Chancres simples.* — Rougeur phlegmoneuse de la verge, chaleur âcre et mordicante de la peau, pus très copieux, odeur de gangrène et surtout douleur constante ou à peu près, très vive et exaspérée par la simple palpation. (Ces signes et symptômes s'observent également dans le chancre infectant gangréneux, mais le traitement étant le même pour les deux cas, l'erreur de diagnostic ne serait préjudiciable qu'au point de vue de l'évolution ultérieure de la maladie, qui sera d'ailleurs, dans le cas de syphilis, suivie d'accidents consécutifs cutanés, muqueux ou viscéraux.)

4° *Balano-posthite simple.* — Pas de changement de coloration à la peau. Phimosis consécutif à la balano-posthite. Pus crémeux bien lié. Absence d'adénite inguinale ou bien seulement léger engorgement.

5° *Balano-posthite avec abcès du fourreau.* — Phimosis s'établissant lentement, douleur particulière à la blennorrhagie, gonflement irrégulier du prépuce. Empâtement plus ou moins dur, limité à l'étendue de l'abcès, mais n'atteignant jamais la sclérose du phimosis syphilitique.

6° *Végétations.* — Phimosis se développant lentement. Pas d'œdème. Tumeur sous-cutanée bosselée, nettement limitée. Odeur nauséabonde des parties.

Traitement.

Le traitement pour les cas simples, c'est-à-dire chancres infectants, plaques muqueuses, balano-posthite simple, consiste en des injections faites entre le gland et le prépuce avec la solution argentique à 5 grammes pour 0|0. *Proscription la plus absolue de toute espèce de pommade ou d'onguent, sous peine de voir augmenter les phénomènes inflammatoires.*

Quant aux injections sous-préputiales, voici comment on doit les donner ou les prendre. On se sert soit d'une seringue ordinaire, soit d'une petite poire en caoutchouc avec canule en ivoire ou en os. On introduit le bec de la seringue ou la canule entre le gland et le prépuce, en ayant soin de maintenir fermé l'orifice préputial à l'aide des doigts de l'autre main. On pousse lentement l'injection, de façon à distendre le prépuce, puis on retire la seringue en refermant graduellement l'orifice pour s'opposer à la sortie du liquide ; et, de la main droite, on pétrit le prépuce dans tous les sens, de façon à mettre la solution en contact avec tous les points de la muqueuse balano-préputiale. On procède à ce pansement une fois par jour ; mais, auparavant, il est utile de faire plusieurs injections détersives avec de l'eau tiède, légèrement phéniquée, 0,50 centigrammes pour

100 grammes, afin de bien débarrasser la cavité balano-préputiale de tous les produits de la suppuration.

Grâce à ce traitement, le phimosis consécutif au chancre infectant ou à la balano-posthite simple, disparait très rapidement; s'il y a des plaques muqueuses, il est bon de faire des cautérisations plus énergiques avec le crayon même qu'on introduit entre le gland et le prépuce.

Mais, malgré tous ces soins, le phimosis causé par les accidents secondaires, passe souvent à l'état permanent, et il ne reste d'autre ressource que d'enlever le prépuce.

Quand il y a menace de gangrène, quelle que soit la nature des accidents, chancres infectants, chancres simples, ou végétation, il faut débrider immédiatement, et panser la place avec de l'eau phéniquée, si ce sont des chancres infectants; avec de l'eau chlorurée, si ce sont des chancres simples.

J'aurais bien encore à décrire le phimosis causé par le diabète, par l'anasarque, par l'éléphantiasis de la verge, par le phlegmon de la verge, etc., mais ces affections ne rentrent pas dans la classe des maladies vénériennes, aussi ne m'en occuperai-je pas : d'ailleurs, le caractère spécial de ces différents phimosis ne saurait les faire confondre avec ceux que j'ai décrits dans cet article.

MÉDECINE PRATIQUE

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE.

(Symptômes, diagnostic et traitement).

(*Fin*).

V

Outre les douleurs fulgurantes et les crises viscérales, outre les troubles oculaires et les modifications de la sensibilité que nous avons passés en revue dans le précédent article, on peut voir apparaître, dans la première période de l'ataxie locomotrice, des TROUBLES TROPHIQUES très remarquables, portant plus particulièrement sur l'appareil locomoteur, mais tout-à-fait indépendants de l'incoordination des mouvements, puisqu'ils devancent celle-ci. Les plus frappants de ces troubles trophiques sont les désordres articulaires, dits *arthropathies tabétiques*.

On peut voir un gonflement très considérable survenir rapidement, en l'espace de quelques heures, autour d'une grande articulation, celle du genou ou de la hanche par exemple. Ce gonflement extrême, mais circonscrit, a des limites si tranchées qu'il cesse brusquement, en formant une sorte de de bourrelet au-delà duquel la peau est saine; au niveau des parties tuméfiées les téguments sont tendus, donnent au doigt qui les presse une sensation de dureté rénitente et n'en gardent pas l'empreinte comme dans l'œdème vrai. Les capillaires et les veinules dilatés se dessinent sous la peau et forment parfois des taches violacées d'apparence ecchymotique. Outre ce gonflement périarticulaire brusque, qui persiste rarement au-delà de quelques jours, existe une distension extrême de l'articulation elle-même par un épanchement séreux, et, fait assurément singulier, malgré cette distension de la synoviale et des ligaments, le malade n'éprouve aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée.

C'est là un caractère excellent qui permet de distinguer de prime abord ces arthropathies, de toutes les arthrites ordinaires. Bientôt, dans les extrémités articulaires, se passe un travail de résorption, de raréfaction du tissu osseux, dite *ostéoporose*, qui entraîne des accidents divers: Ce sont des attitudes vicieuses du membre dues à la mobilité anormale de la jointure, et pouvant simuler des fractures ou des luxations; ce sont des luxations réelles, remarquables par la facilité avec laquelle on peut les réduire et leur reproduction non moins facile. La possibilité d'imprimer à l'articulation du genou, par exemple, des mouvements qui, normalement, ne lui sont pas dévolus, produit la jambe de polichinelle.

Ces arthrites singulières guérissent assez fréquemment ou du moins se transforment en infirmité, accrue plus tard par l'addition des mouvements ataxiques; elles peuvent aussi amener la mort du sujet, comme dans les cas de suppuration, avec fièvre très forte. (Bourceret)

L'ostéoporose porte non seulement sur les extrémités des os, mais aussi sur leurs diaphyses, et explique l'extraordinaire fréquence des *fractures* chez certains ataxiques à l'occasion de traumatismes insignifiants, ou même sans la moindre cause occasionnelle. Témoin, le malade de Richet qui se fractura le fémur en retirant ses bottines. Ces fractures se consolident d'ailleurs avec une remarquable rapidité. M. Vallin a montré que la *chûte des dents* pouvait être aussi le résultat de la même raréfaction du tissu osseux des maxillaires.

Enfin le *mal perforant* du pied n'est pas rare chez les ataxiques, et relève évidemment aussi d'un désordre dans la nutrition des tissus de cause médullaire.

VI

Nous devons aborder maintenant l'examen des TROUBLES DES MOUVEMENTS RÉFLEXES, et particulièrement des *réflexes tendineux*.

Il est fréquent de voir les ataxiques réagir peu sous l'influence d'excitations périphériques, telles que le chatouillement de la plante du pied; mais nous savons que la diminution ou l'abolition de la sensibilité tactile est la règle chez eux, et la provocation plus difficile des mouvements réflexes peut aussi bien tenir à cette anesthésie périphérique qu'à un affaiblissement de la réflectivité médullaire. Le pouvoir réflexe peut être très exalté par le contact d'un corps froid en verre ou

en métal, et l'application de celui-ci, sur la peau, est aussitôt suivie d'un mouvement de retrait brusque et involontaire du membre touché, mouvement de retrait qui peut se répéter plusieurs fois pour une seule excitation. L'action réflexogène du froid est si manifeste chez certains ataxiques, qu'il suffit de les découvrir dans leur lit pour que leurs membres inférieurs soient pris, presque aussitôt, de mouvements involontaires plus ou moins étendus et répétés.

Quant à la question des réflexes tendineux, dont on s'est beaucoup préoccupé depuis quelques années, voici où elle en est. On sait que les travaux de MM. Charcot, Vulpian, en France (1862), Erb et Westphal en Allemagne (1875), ont surtout contribué à nous faire connaître un phénomène commun à plusieurs maladies du système nerveux et qui a été désigné tour à tour sous les noms variés de trépidation provoquée, épilepsie spinale, phénomène du pied ou réflexe rotulien, signe du tendon, phénomène du genou, réflexe patellaire, etc. Pour le pied, si on le fléchit fortement sur la jambe et qu'on le maintienne fléchi, chez un malade atteint de sclérose en plaques par exemple, il s'y produit un tremblement rapide, difficile à réprimer et durant plus ou moins longtemps. M. Bouchard (1836) a décrit sous le nom de phénomène de la main, le tremblement analogue que l'on détermine dans le membre supérieur, contracturé d'un hémiplégique en le soulevant par les doigts. Ce sont là des phénomènes pathologiques; il n'en est pas de même du phénomène du genou qui est à peu près constant à l'état normal (O. Berger). Pour rechercher l'existence de ce dernier, voici comment on doit procéder. La personne étant assise les jambes croisées, de telle sorte que l'une d'elles repose par le creux du jarret sur le genou de l'autre et soit « ballante », on frappe un coup sec avec le bord cubital de la main sur le ligament rotulien de la jambe ballante. On voit alors celle-ci se lever et s'abaisser successivement en oscillant plus ou moins à chaque coup porté sur le tendon. Si l'individu qu'on examine est couché, la main droite opère de même sur un des membres inférieurs préalablement soulevé, fléchi, et reposant par le creux du jarret sur la main ou l'avant-bras gauche de l'opérateur.

Sans entrer dans le détail des longues discussions théoriques que le mécanisme de ces phénomènes a soulevées, nous admettons volontiers, avec Charcot, que les phénomènes tendineux sont le résultat d'actions réflexes, et qu'ils ont pour origine les nerfs centripètes aponévrotiques placés entre le muscle et le tendon. Ces nerfs se rendent avec les racines postérieures aux cellules sensitives des cornes postérieures de la moelle, qui sont elles-mêmes en rapport avec les cellules motrices des cornes antérieures; l'arc réflexe ou diastaltique est complété par les cellules motrices et les nerfs moteurs qui en émanent : — « D'une manière générale, à priori, le réflexe tendineux normal doit diminuer d'intensité ou même disparaître quand les éléments constitutifs de l'arc diastaltique sont altérés, ou que le pouvoir excito-moteur de la moelle est affaibli; au contraire il doit s'exagérer, et les réflexes exclusivement pathologiques doivent se produire, quand le pouvoir excito-moteur des cellules antérieures vient à s'accroître. » (Dreyfus-Brisac).

Or, Westphal a signalé le premier, en 1878, la *disparition du réflexe rotulien dans l'ataxie locomotrice*; et ce fait, confirmé par Erb, a acquis aujourd'hui une grande importance dans la clinique des maladies médullaires; plus d'un praticien s'est cru autorisé à porter le diagnostic de tabès dorsalis chez un malade ne présentant guère, outre ce signe, que des symptômes peu marqués, troubles oculaires ou douleurs lancinantes. Et pourtant, s'il est avéré que le réflexe du genou (réflexe patellaire, de patella, rotule) est aboli dans un grand nombre de cas d'ataxie et souvent à une époque très précoce, il n'est pas moins certain que, dans un assez grand nombre d'autres cas, on le voit persister ou s'exagérer; d'autre part, un certain nombre de personnes, très bien portantes, n'ont pas de réflexe rotulien. La question est donc loin d'être tranchée et ne saurait l'être que par l'examen minutieux d'un nombre d'observations plus considérable que celui sur lequel se sont appuyés jusqu'ici les auteurs.

VIII.

Parmi les troubles de la sensibilité on a signalé, depuis longtemps, un *retard des sensations*, tel qu'un malade peut ne percevoir la piqûre faite à son pied que 5 secondes après. Remak a signalé comme un autre symptôme encore peu connu un certain *retard entre la perception de l'impression tactile et de l'impression douloureuse* développées par une même irritation. D'autres sujets éprouvent, pendant l'exploration au moyen de l'esthésiomètre, deux impressions tactiles correspondant à l'application d'une seule pointe de compas, et, si les deux pointes sont appliquées, peuvent percevoir trois à cinq contacts (*polyesthésie*).

Que la plupart des signes énumérés jusqu'ici apparaissent à la période initiale, ou seulement dans la période d'ataxie confirmée, le diagnostic n'est plus contestable lorsque celle-ci survient. Nous ne voulons pas refaire ici le tableau connu de tous, depuis Duchenne, des désordres de l'équilibration, de la marche, et de la coordination motrice sous toutes ses formes. Il nous paraît préférable de continuer à relever les nouvelles acquisitions faites par la séméiotique du tabes. C'est ainsi que les CRISES LARYNGÉES méritent de nous arrêter un instant. Signalées par M. Féréol, elles ont préoccupé depuis lors divers observateurs, et M. Cherchevsky a pu en établir, récemment, les caractères.

Les symptômes laryngés tabétiques consistent essentiellement en une toux spasmodique analogue à celle de la coqueluche, toux apparaissant par attaques et s'accompagnant parfois de spasmes

de la glotte, d'étouffements plus ou moins forts, d'asphyxie, parfois même de convulsions. Au point de vue de l'intensité des accidents, on a pu cliniquement établir trois variétés de crises.

« 1° *Attaque légère.* — La toux est analogue à celle de la coqueluche et consiste en une série d'expirations courtes et rapides, suivies d'un long sifflement inspiratoire; la face devient rouge, le malade, en proie à une agitation très vive, est sur le point d'étouffer; peu ou point d'expectoration; parfois pourtant le malade crache quelques très légers filets de sang.

« 2° *Attaque d'une force moyenne.* — Toux plus forte, sèche, sonore et rauque: signes d'étouffements plus prononcés: face très rouge, yeux saillants hors des orbites, conjonctives congestionnées; respiration très difficile, cornage inspiratoire ou long sifflement comme dans la coqueluche.

En même temps vertiges, nausées, vomissements, parfois miction et défécation involontaires, forte douleur de tête ou constriction pénible à la base du thorax.

3° *Attaque très forte.* — Etouffement, poussé jusqu'à l'apnée, précédé ou non de toux; face et lèvres cyanosées; perte complète de connaissance, convulsions épileptiformes, écume à la bouche; la mort par asphyxie est imminente, et plusieurs fois la trachéotomie a dû être pratiquée dans ces cas, notamment par M. Krishaber.

Les attaques peuvent survenir subitement, au milieu d'un entretien ou d'un profond sommeil, ou bien être précédées de prodromes (sensation de brûlure, de chatouillement ou de corps étrangers dans le larynx). On a pu relever comme causes occasionnelles un abus de paroles, un rhume, une odeur forte ou un changement brusque de température. Les phénomènes spasmodiques peuvent durer de quelques secondes à trente minutes suivant l'intensité des attaques qui, dans certains cas, se sont répétées jusqu'à cinquante fois en vingt-quatre heures. Au point de vue du mécanisme, M. Charcot pense qu'il s'agit d'une hyperesthésie de la muqueuse du larynx, entraînant, par voie réflexe, le spasme des muscles constricteurs de la glotte.

Il est bien intéressant de savoir que ces accidents laryngés sont parfois extrêmement précoces et ont pu précéder de treize ans l'apparition des douleurs fulgurantes.

VIII

Parmi les particularités récemment signalées, nous noterons les *taches ecchymotiques* apparaissant sur la peau des membres et accompagnant les crises fulgurantes (Straus) (1); c'est au moment où les douleurs s'atténuent, que les ecchymoses se montrent le plus ordinairement aux jambes, le long des tibias et du mollet. Absolument indolores, variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinq francs, elles durent de quatre à six jours. Elles ne paraissent avoir aucun rapport avec le trajet des nerfs cutanés et diffèrent en cela des éruptions tabétiques à formes variées décrites par Charcot et Vulpian (érythème, urticaire, lichen, eczéma, zona). Ces ecchymoses ne seraient d'ailleurs pas spéciales à la sclérose des cordons postérieurs et pourraient être observées dans un certain nombre d'affections médullaires, ainsi que M. Faisans (1) vient tout dernièrement de le montrer sous le nom de *purpura myélopathique*. Ce sont des phénomènes de vaso-dilatation, probablement comme les gastrorrhagies et hématémèses qui surviennent après les crises gastriques chez les ataxiques.

En 1879, Berger et Rosenbach signalaient, pour la première fois, la coïncidence dans un certain nombre de cas, de l'ataxie avec des *troubles cardiaques*, notamment l'*insuffisance aortique*. M. Grasset (2) a réuni de nouvelles observations où la lésion médullaire coexistait avec une lésion cardiaque. Remarquant que, dans la plupart de ces faits, l'ataxie était à forme douloureuse, il rejette l'hypothèse d'une action directe de la moelle sur le cœur, et ne voit, dans les altérations secondaires de l'organe central de la circulation, qu'une conséquence réflexe des douleurs si vives éprouvés par les malades. Les recherches de MM. Franck, Teissier fils, ont démontré que les excitations des nerfs sensibles retentissent sur la circulation et la respiration. M. Potain a établi la réalité des affections du cœur droit comme conséquence réflexe des affections gastro-hépatiques. Donc M. Grasset se croit autorisé à conclure que la douleur intense, prolongée, fréquente, quelle que soit son origine, peut agir directement sur le cœur lui-même, pour en troubler le fonctionnement et y faire naître des lésions. Cette appréciation fournirait peut être quelque argument à celui de nos distingués collaborateurs qui soutenait, dernièrement, dans ce journal, la thèse de l'hypertrophie cardiaque d'origine morale.

M. Letulle (3) a proposé une autre interprétation de ces faits. Il a constaté chez les malades l'existence d'un athérome généralisé; aussi conclut-il que, si l'ataxie s'accompagne de lésions cardiaques, et si ces altérations portent particulièrement sur l'orifice aortique, c'est par l'existence d'une lésion artérielle généralisée (athérome, artérite chronique, artério-sclérose, de quelque nom qu'on l'appelle) qu'il faut expliquer le développement parallèle et concomitant d'une cardiopathie et de l'ataxie locomotrice.

IX

Au point de vue du DIAGNOSTIC de l'ataxie, nous rappellerons avec les classiques: que les phénomènes oculaires peuvent, à la première période, faire croire à une *tumeur cérébrale*, en faveur de laquelle plaideraient une céphalalgie intense, des poussées de congestion cérébrale; — que les douleurs fulgurantes ne doivent pas être prises pour

(1) Archives de Neurologie. 1881.

(1) Thèse de Paris, 1882.
(2) Monpellier-Médical. 1880.
(3) Gazette médicale 1880.

lu *rhumatisme* ou des *névralgies*; — qu'à la seconde période, la conservation de la force musculaire permet d'éliminer les *paralysies* capables de rendre également la marche impossible; — qu'il faut, à cause des anesthésies et autres troubles de la sensibilité, dépister chez les femmes certaines manifestations de l'*hystérie* grossièrement analogues à l'ataxie; — qu'il faut encore éliminer l'*ataxie cérébelleuse*, caractérisée surtout par des vertiges, des vomissements, de la céphalalgie, et enfin, dans les hôpitaux civils et militaires, la *simulation*.

Dans les cas de déviation du type symptomatique classique, plus fréquents qu'on ne le croyait d'abord, on pourrait utiliser la division établie par M. Charcot ; d'après lui tous les faits anormaux peuvent être ramenés à l'une des trois catégories suivantes :

1ère catégorie de faits. Douleurs fulgurantes, absence de réflexes tendineux, incoordination motrice, induration atrophique du nerf optique, myosis.

2ème catégorie. — Anesthésie en plaques, perte de la sensibilité locale, signe de Romberg (titubation dans l'obscurité ou les yeux fermés), douleurs fulgurantes céphaliques, paralysie des muscles oculaires, troubles de la vessie.

3ème catégorie. — Troubles auditifs (surdité avec ou sans vertige) (1), crises gastriques, atrophie musculaire, zôna.

Les symptômes de la première catégorie sont les plus importants. Deux ou trois d'entre eux, existant en même temps, autorisent à diagnostiquer avec certitude l'ataxie. Ceux de la deuxième ne permettent le diagnostic que s'ils sont accompagnés d'un symptôme quelconque de la première. Ceux de la troisième ont presque la même valeur que ceux de la deuxième, mais leur apparition est beaucoup plus rare.

X

Traitement. « On peut dire, à propos des divers moyens qui ont paru quelquefois utiles dans le traitement de l'ataxie, qu'il n'existe encore aucun signe ou ensemble de signes, qui permette, d'après l'examen du malade, de savoir si tel ou tel de ces moyens réussira dans une certaine mesure à l'exclusion des autres. » (Vulpian). Cette parole, tombant d'une plume si autorisée, indique la nécessité d'essayer méthodiquement, patiemment et successivement les divers moyens en question.

1° *L'iodure de potassium*, seul ou concurremment avec les *frictions hydrargyriques*, est celui qui a paru le plus constamment efficace; il ne l'est toutefois qu'à la longue et dans une faible mesure, hormis le cas où la syphilis était nettement en cause, et encore! Nous ne reviendrons pas sur l'examen de cette notion étiologique, discutée récemment dans ce journal par notre ami, le Dr A. Rizat, avec une grande compétence.

2° Le *nitrate d'argent*, journellement prescrit par M. Charcot, d'après Wunderlich. « Lorsque ce traitement a été suivi d'une façon méthodique pendant cinq à six semaines, et qu'aucun effet heureux n'a été obtenu, il faut le laisser là, car il n'y a rien de bon à en attendre ultérieurement. » (Vulpian).

3° Les *préparations phosphorées* (phosphore de zinc, huile phosphorée), ont paru quelquefois faire disparaître les douleurs et diminuer l'ataxie motrice. Le chlorure d'or et de sodium est d'une efficacité plus douteuse encore.

4° Les *révulsifs* (*cautérisations* ignées le long du rachis, *faradisation*, *hydrothérapie*). — Bains sulfureux (Oulmont). — *Courants continus* (Onimus).

5° Les phénomènes douloureux, qu'il faut à tout prix diminuer dans la période des crises fulgurantes ou viscérales, ont été combattus par les *injections de morphine*, le *bromure de potassium*, plus récemment par l'*élongation des nerfs*. Cette dernière méthode est encore à l'étude; les uns lui attribuent des succès, d'autres n'ont pas eu à s'en louer. Comme applications locales, on a conseillé des *vessies de glace* (Charcot), les *pulvérisations d'éther*, les compresses imbibées de *chloroforme*, de *laudanum*. Paul Gerne.

(1) Pierret. Revue mensuelle, 1877.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE CANTONALE.

Onzième Lettre.

Chapitre V.

Etablissement de nombreux hospices cantonaux et bureaux de bienfaisance pour les indigents.

Dans tous les départements, existent des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance qui y constituent souvent toute l'assistance publique. Ces institutions, dont il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance, pourraient, ce nous semble, rendre de plus grands services encore et contribuer plus efficacement qu'elles ne le font au soulagement des misères du pauvre. C'est ce qui arrivera quand, après avoir créé l'assistance médicale à domicile, on aura apporté à leur organisation quelques réformes qu'il est de notre devoir d'indiquer.

I. Bureaux de bienfaisance.

Les indigents valides dont la famille est nombreuse, et les indigents qui sont convalescents d'une maladie, doivent être secourus au même titre que lorsqu'ils sont malades. Ils ont besoin de pain, viande, vêtements, combustibles, etc., etc., tant pour eux que pour leurs enfants, et une

charité prévoyante doit leur assurer ces ressources indispensables.

C'est là le rôle des bureaux de bienfaisance dont l'assistance est, suivant le cas, temporaire ou permanente.

Les bureaux de bienfaisance sont actuellement dirigés par une commission composée du maire, président, de deux membres choisis par le conseil municipal, et de quatre membres nommés par le Préfet. Leurs ressources se composent du produit de souscriptions, de troncs, de quêtes et de collectes, de dons et de legs, d'une certaine part dans la perception établie sur les amusements publics et les concessions dans les cimetières, enfin des allocations des conseils municipaux.

Bien que disposant de ressources en général insuffisantes, les bureaux de bienfaisance rendent des services signalés. Dans les grandes villes, des dames patronnesses, adjointes aux membres de la commission, se chargent de visiter les pauvres et d'obtenir pour eux ce qui leur est nécessaire. C'est grâce à leur dévouement que la misère peut le mieux être allégée, parce qu'elles savent apprécier les besoins actuels et distribuer, en même temps que des conseils éclairés et de consolantes paroles, les secours appropriés aux diverses situations. Cette noble mission, il faut le reconnaître, est quelquefois faussée par de trop mesquines préoccupations. On a reproché à ces charitables visiteuses de faire cas des opinions religieuses ou politiques des malheureux à secourir, de marquer leurs préférences pour ceux qui, en apparence, sont en communion d'idées avec elles et de pousser les autres, qu'elles le veuillent ou non, à des pratiques d'une dévotion hypocrite. Il ne devrait jamais en être ainsi, car la liberté de conscience est inaliénable chez tous et au même degré.

Il n'existe, en France, qu'un petit nombre de bureaux de bienfaisance. Voici, à ce sujet, un tableau statistique intéressant.

Années	Nombre des communes	Nombre des bureaux.	Bureaux par 100 communes	Dépenses	Nombre d'individus secourus	Moyenne des secours par indigent
1871	35.989	12.867	36	26.719.002	1.347.386	16.82
1872	35.926	12.963	36	24.780.446	1.302.579	15.71
1873	35.926	12.989	36	25.821.161	1.312.847	16.64
1875	35.926	13.287	37	25.423.842	1.247.722	20.38
1877	36.036	13.440	37	27.535.614	1.251.028	22.01

Nous sommes loin, bien que le nombre en ait augmenté chaque année, de l'institution d'un bureau de bienfaisance par commune, comme le voulait l'article 3 de la loi du 7 frimaire, an V, dont il faut le reconnaître, nos gouvernants n'ont point cherché à provoquer l'exécution. « Il semble « y avoir plus d'inconvénients que d'avantages à « multiplier les établissements de bienfaisance « qui sont, le plus souvent, dépourvus de dotations propres, et ne peuvent disposer que de « ressources éventuelles. Outre le danger de développer ainsi le paupérisme, en habituant les « hommes à compter sur l'assistance publique, « plutôt que sur eux-mêmes, il y a celui de leur « offrir un appât trompeur, en leur faisant espérer des secours qu'on peut se trouver dans l'impossibilité de leur accorder et de faire naître « des exigences qui, n'étant pas satisfaites, s'arment contre la société, du bien même qu'elle a « voulu, mais qu'elle n'a pas pu accomplir. On « est conduit à conclure, de là, qu'il faut se borner à organiser les établissements de bienfaisance « dans les communes où les besoins locaux réclament véritablement leur création et où, a « défaut de dotations spéciales, le concours certain « des fortunes particulières et des fonds communaux garantit que cette organisation ne sera pas « illusoire. » (Circulaire du ministre de l'intérieur 10 avril 1852.) Comme conséquence, la création d'un bureau de bienfaisance n'était autorisée que dans les communes justifiant qu'un revenu annuel d'au moins 50 francs, pourrait y être affectée.

Ces appréciations du Ministre seraient justes si l'accroissement en nombre des bureaux de bienfaisance ne coïncidait pas avec une augmentation parallèle de leurs ressources. En 1844, les 7599 bureaux existants possédaient un revenu annuel de 13.557.836 fr. en 1877, les 13440 bureaux peuvent dépenser 27.535.614fr. Du reste, on l'a dit souvent, les institutions charitables stimulent la générosité de nombreux donateurs, qui, si elles n'existaient pas, feraient peut-être un moins louable usage de leur fortune.

Il serait donc désirable que dans chaque commune existât un bureau de bienfaisance : 64 conseils généraux consultés considérèrent cette institution comme indispensable, et proposèrent de grouper par circonscription les communes ayant une population trop faible. « Les bureaux de bienfaisance, disait le rapporteur de l'enquête, sont « donc considérés, dans leur rôle au sein des « campagnes, comme un moyen d'action contre la « misère, de protection contre les entraînements « des mœurs. On voit d'ici quels problèmes ces « administrations auront à résoudre : soulager les « souffrances incurables, procurer aux malades « indigents les secours médicaux et pharmaceutiques, assurer un asile aux vieillards et aux « infirmes, prévenir l'abandon des enfants, com-

« battre la désertion du foyer. » (*enquête parlementaire de 1872-73*).

N'a-t-on pas remarqué que l'impérieux besoin d'être secourus pousse les pauvres à quitter leurs villages pour les petites villes ou mêmes les gros bourgs voisins, qui possèdent un bureau de bienfaisance? Notre chef-lieu de canton, par exemple, devient de plus en plus le refuge des indigents des communes environnantes, et les ressources de la charité y sont dès maintenant presque nulles alors que la misère y augmente de jour en jour.

Pour M. Tallon, « la nouvelle loi du 21 mai « 1873, donne une grande force de progression à « la création de bureaux de bienfaisance dans les « plus petites communes, en faisant figurer le curé « dans le sein de la commission administrative. « C'est lui, en effet, qui est le confident du malade « pauvre; il s'assied à son chevet, il connait ses « souffrances et mesure ses besoins; c'est lui qui « reçoit et qui utilise le plus souvent les faibles « ressources de la charité locale; il sera l'âme de « cette organisation et facilitera sa mise en « œuvre. » Nous ne voulons pas contredire à ces paroles, mais pourquoi cette même loi de 1873 a-t-elle exclu, malgré les efforts de notre confrère le Dr Chevandier (de la Drôme), le médecin de la commission où elle place le curé ? N'est-ce pas le médecin qui passe sa vie au chevet des malades quelles qu'en soient les opinions politiques ou religieuses, qui est le meilleur juge des secours nécessaires? Il y a là une inégalité choquante. « On a admis le curé de droit dans la commission, « C'est bien. — La première fois que nos législateurs discuteront une loi sur les fabriques d'é« glise, ils imposeront, sans doute, l'obligation d'y « faire entrer un docteur en médecine, et, pour « être logiques, ils excluront le curé. » (De Closmadeuc, secrét. de la Soc. loc. de Morbihan).

Le 4 août 1874, M. Tallon, rééditant une partie des idées qui lui étaient communes avec M. Fournier, déposa sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi réclamant la création dans chaque commune, ou même, par exception, par groupes de plusieurs communes, d'un bureau de bienfaisance auquel était attribué un recours contre les familles qui seraient solvables pour les avances faites à leurs membres indigents. C'est le bureau de bienfaisance qui dresserait la liste des indigents et servirait d'intermédiaire entre eux et le médecin, mais le Conseil général serait chargé du règlement général qui déterminerait le mode d'organisation et de fonctionnement du service, et aurait la faculté d'y apporter les modifications nécessitées par les conditions particulières de chaque canton. Enfin le médecin, *nommé par le préfet*, aurait une circonscription déterminée.

Telle est l'économie du projet de Tallon. Nous ne voulons pas nous attarder à critiquer la composition de la commission qui dresse la liste des indigents et le mode de nomination du médecin.

Une remarque beaucoup plus importante, c'est que M. Tallon, loin de laisser l'action du bureau de bienfaisance s'étendre à toutes les branches de secours, et notamment aux services alimentaires, la restreint au seul secours médical. Sans doute, par une telle réglementation, la création d'un bureau de bienfaisance deviendra pénible dans chaque commune, parce que les soins médicaux sont les moins onéreux et que, tandis que les besoins des indigents nécessiteux sont illimités, ceux des indigents malades peuvent en moyenne être appréciés. Mais cette restriction a pour conséquence de rendre le projet Tallon notoirement insuffisant.

Nous reprochions tout à l'heure à la loi du 21 mai 1873 d'avoir exclu le médecin de la commission du bureau de bienfaisance, quand elle y admettait le curé. Il faut ajouter que le médecin du bureau de bienfaisance ne peut même pas faire partie de la commission, qu'il n'est pas éligible, parce qu'il reçoit une rétribution. Telle est le jurisprudence constante du ministère de l'intérieur, basée sur l'article 1er du titre 11 de la loi du 24 vendémiaire, an III. Les médecins des hospices et bureaux de bienfaisance sont, en vertu de l'article 14 de la loi organique du 7 avril 1851, nommés par les commissions qui administrent ces institutions, et peuvent être révoqués par elles. Il serait juste d'apporter à ces dispositions légales des modifications libérales et d'accorder aux médecins une légitime indépendance.

Les allocations votées par les Conseils municipaux en faveur des bureaux de bienfaisance ou des établissements hospitaliers revêtent, d'après le jurisprudence actuelle, le caractère de dépenses facultatives, et ne peuvent, en vertu de la loi du 24 juillet 1867, être inscrites au budget ordinaire que lorsque ce budget prévoit à toutes les dépenses obligatoires au moyen de ses ressources ordinaires. Les articles 3 et 5 de la même loi permettent le vote de centimes extraordinaires pour des dépenses communales en temps de crise; mais, en temps normal, le Préfet et le Conseil d'Etat ont toujours impitoyablement refusé l'insertion au budget extraordinaire d'un crédit pour l'assistance. Ainsi, les communes riches peuvent prélever sur le produit de leurs octrois ou sur leurs revenus les subsides nécessaires pour organiser l'assistance publique, tandis que les communes pauvres, de beaucoup les plus nombreuses, ne peuvent disposer d'aucunes ressources en faveur de leurs indigents!

On voit par ces considérations que l'Assistance publique ne peut s'accommoder du fonctionnement actuel des bureaux de bienfaisance; et, quand même les communes obtiendraient le droit de s'imposer pour leurs pauvres, il est évident qu'elles ne pourraient couvrir toutes les dépenses du service et qu'elles devraient être aidées par des subsides de l'Etat et du département. C'est ce qu'avait compris M. Tallon. En effet, l'article 8 de son projet autorise les départements, dont le budget est insuffisant, à voter un centime additionnel aux quatre contributions directes, pour être affectés spécialement à l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques, et l'article 9 *oblige*

les communes, en cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'Assistance et des ressources ordinaires de leur budget, à s'imposer jusqu'à concurrence de deux centimes additionnels aux quatre contributions. L'article 10 prévoit le cas où les départements, après avoir épuisé le maximum des contributions spéciales, n'ont pu cependant créer les ressources suffisantes pour l'organisation de l'Assistance médicale et où, par conséquent, l'Etat doit leur venir en aide.

Quand les communes auront la faculté de se créer les ressources nécessaires, et qu'elles auront droit aux secours du département et de l'Etat, l'institution des bureaux de bienfaisance sera relativement facile, mais sera-t-elle possible dans chaque commune? Nous n'oserions l'affirmer. Un bureau de bienfaisance nécessite une commission administrative, un ordonnateur, une comptabilité spéciale et dans les petites communes il ne serait assurément pas aisé de trouver les membres de la commission. Or, il existe en France 16489 communes qui ont de 100 à 500 habitants au plus, et 10 867 qui n'ont que de 501 à 1000 habitants. Trouverait-on dans ces 27 356 communes les éléments que comporte la création d'un bureau de bienfaisance? L'adjonction de plusieurs communes pour un même bureau n'est praticable que dans certaines conditions déterminées, et ne donne pas au problème une solution pratique.

M. Jules Siegfried, a proposé une organisation qui nous semble très satisfaisante, et que nous allons reproduire.

« 1o Un bureau de bienfaisance devra être « établi dans chaque commune de plus de 1000 « habitants.

« 2o Dans les communes de moins de 1000 habi- « tants, un comité de secours suffira; le Comité « de secours sera nommé par le Conseil munici- « pal (1).

« 3o Le Conseil général aura la faculté de dis- « penser de cette organisation les communes dans « lesquelles elle serait inutile ou inapplicable (2), « de même qu'il pourra autoriser plusieurs com- « munes à se réunir pour former entre elles une « seule circonscription.

4o Les bureaux de bienfaisance et les Comités « de Secours seront libres de faire leur règlement « et de secourir les pauvres comme ils le jugeront « convenable, et toutes les fois que le budget ne « dépassera pas 5000 francs, ils seront dispensés « des règles de la comptabilité administrative, ce « qui ne devra pas les empêcher de soumettre leurs « comptes à l'approbation du Conseil municipal.

« 5o Le Maire de la commune sera de droit leur « président, et les Conseils municipaux auront « la faculté de voter jusqu'à concurrence de 2 « centimes additionnels aux quatre contributions « directes pour subvenir aux frais d'Assistance. » (Jules Siegfried, *Quelques mots sur la misère*, p. 91.)

Dans ces conditions, l'établissement d'un bureau de bienfaisance devient possible partout où elle est nécessaire. Mais qu'on laisse aux communes le plus de liberté et d'initiative possible. Car, comme le fait remarquer M. Jules Siegfried, l'Assistance étant avant tout une charge communale, il est juste que ce soit le Conseil municipal qui nomme les membres des commissions administratives et des Comités de secours.

(*à suivre*) Dr MIGNEN, (*de Montaigu.*)

(1) M. Jules Siegfried ne dit pas comment seront composés ces comités de secours. Il me semble qu'on pourrait y faire entrer le maire et deux ou trois autres personnes charitables tout au plus.

(2) Il existe 653 communes qui comptent moins de 100 habitants.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Nous recevons les statuts du syndicat médical de l'arrondissement de La Réole (Gironde).

Les membres fondateurs sont : MM. Bayssélance, Bertrand, Branlat, Ballan, Ballias, Chollet, Charlot, Ducros, Duprada, Duzan, Domec, Gabourin, Issartier, Labonnote, Lasserre, Lavaux, de Lentilhac, Maurin, Pastureau, Rouet, Toulouse, Tronche, sont membres fondateurs.

Dans sa séance du 29 décembre 1881, le syndicat a voté 1o les articles de son règlement intérieur. 2o Un code des rapports des médecins entre eux. 3o Un tarif minimun d'honoraires. 4o Un mode et des formules uniformes de recouvrement des honoraires. 5o Enfin il a décidé quelle devait être la conduite des membres du syndicat vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels.

Nous extrairons plus tard de ce règlement ce que nous jugerons particulièrement intéressant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'empyème pulsatile, par le docteur Comby, in-8, 1 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Hygiène professionnelle du compositeur typographe, par le docteur Choquet, in-8, 1 fr. Paris, Adrien Delahaye, Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur les bourdonnements de l'oreille, par le docteur P. Hermet, E. Lafosse, 67, rue Rochechouart, Paris.

Notice sur la goutte, par le docteur Tartenson, 0 fr. 50. Paris, Rouvier et Logeat, éditeurs.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte-rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1880, par Monsieur Bourneville, médecin de Bicêtre et H. d'Olier, interne du service, etc., in-8, 3 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux, etc., 1 vol. in-8, 2 fr., franco. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De la valeur séméiologique des colorations et des enduits de la langue par le docteur L. Guichard. Paris, Henri Anière, éditeur.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

29 Avril 1882 — 4me Année. — N° 17

SOMMAIRE

BULLETIN

Dans ses deux dernières séances, l'Académie a continué la discussion sur la chloroformisation ; nous n'avons qu'à signaler, à ce sujet, trois intéressantes communications : la première de *M. Vulpian* qui, sur l'invitation de M. Le Fort, est venu compléter, autant du moins que cela est possible aujourd'hui, les développements qu'il avait déjà présentés au point de vue de l'expérimentation et de la physiologie de l'anesthésie ; la seconde de *M. Panas*, qui a exposé à son tour ses idées et sa façon de procéder. Le troisième orateur est *M. Dujardin-Beaumetz*, qui, il y a quelques jours, voulant traiter par l'extension sous-cutanée un de ses malades de l'hôpital Saint-Antoine, atteint d'une sciatique rebelle, lui administra le chloroforme *suivant le procédé de M. Gosselin* et ent cependant le regret de le voir succomber, au bout de quelques minutes, à une syncope respiratoire : il n'avait été consommé que 10 grammes de chloroforme reconnu pur ! Le sujet, âgé de 31 ans, avait été examiné avec le plus grand soin avant l'opération, et ne présentait aucune trace d'affection organique : tous les moyens indiqués en pareil cas furent mis en jeu, mais inutilement, pour le rappeler à la vie. C'est le troisième malade que tue le chloroforme, depuis que la discussion sur la chloroformisation est à l'ordre du jour de l'Académie, et, par une sorte d'ironie cruelle du sort, le dernier, qui avait été l'objet d'un examen approfondi, se trouve succomber dès le premier essai d'une méthode présentée comme ayant été infaillible jusqu'ici ! N'insistons donc pas davantage et reconnaissons que l'anesthésie chloroformique présente toujours des dangers, quelles que soient les précautions que l'on prenne, quel que soit le procédé que l'on emploie. Mais, en somme, de toute cette discussion il ressort des enseignements sérieux sur lesquels un de nos collaborateurs a bien voulu se charger d'appeler l'attention de nos lecteurs : nous publierons prochainement son travail.

Élection. — *M. Thiernesse*, de Bruxelles, a été élu correspondant étranger de l'Académie dans la section de médecine vétérinaire.

Les journaux anglais de cette semaine nous ont apporté la nouvelle que *Charles Darwin* était mort le 21 avril, à l'âge de 73 ans.

Nous n'avons pas la prétention de faire connaître à nos lecteurs le célèbre naturaliste dont les doctrines scientifiques ont soulevé tant de discussions, et nous n'avons pas à le venger de toutes les sottises que lui ont fait dire des personnes qui ne l'ont pas lu, ou qui n'ont pas su le comprendre. Et, cependant, la théorie du transformisme est bien simple, trop simple peut-être pour satisfaire les amateurs de métaphysique ; elle peut se résumer dans ces quelques mots du savant anglais : « Je pense que tout le règne animal est descendu de quatre ou cinq types primitifs tout au plus, et le règne végétal d'un nombre égal ou moindre. L'analogie me conduirait même un peu plus loin, c'est-à-dire à la croyance que tous les animaux et toutes les plantes descendent d'un seul proto-

type, mais l'analogie peut être un guide trompeur. » Ainsi à la *théorie de la Fixité des espèces*, qui admet que les diverses espèces d'animaux actuellement connues, ont toujours existé telles que nous les connaissons aujourd'hui, et sont restées telles depuis l'origine du monde, Darwin oppose la *théorie de l'Evolution*, qui voit dans l'influence du milieu et des conditions vitales (sélection naturelle et sexuelle ; lutte pour la vie), l'origine de la transformation des espèces, dont le nombre primitif aurait été tout d'abord extrêmement restreint.

L'idée du transformisme n'appartient pas du reste en propre à Darwin. Dès 1809, un savant français, Lamark, dans sa *Philosophie zoologique*, avait dejà reconnu que les êtres vivants se modifiaient suivant les milieux où ils se trouvaient, et que ces modifications se transmettaient à leurs descendants, par voie d'hérédité. La théorie de la descendance a donc précédé et très probablement inspiré la théorie de l'évolution. — Nous avons montré nous-même ailleurs (*Union médicale du 27 juillet* 1880) que cette manière de voir avait été professée, pour la première fois, par Anaximandre, un des plus anciens physiciens de l'Ecole d'Ionie. — Mais le mérite incontestable du naturaliste anglais a été de donner à ces idées une forme scientifique parfaite, de découvrir les lois qui en sont la preuve, et de fonder ces lois sur une quantité vraiment merveilleuse de faits qu'il a observés avec patience, classés et commentés avec sagacité. Darwin appartenait à la grande famille médicale par son grand-père, le célèbre médecin Erasme Darwin.

Le jury d'examen présidé par M. Dumas, de l'Institut, vient de prononcer son jugement définitif sur le Concours Isaac Péreire. On sait qu'il s'agissait d'examiner et de discuter les différentes questions du Paupérisme, de l'Instruction publique, du Crédit et des Impôts ; il y avait 100 000 fr. de prix à distribuer : nous avons été heureux de trouver, parmi les noms des lauréats, celui de M. le *Docteur Suillet* (de Senlis), un des proches parents de notre excellent directeur. Dans ce concours, il y avait plusieurs questions que des médecins pouvait traiter en connaissance de cause : celle du Paupérisme, par exemple, ou encore celle de l'Instruction publique. M. le Dr Suillet a choisi la question des Impôts, sur laquelle on est aussi très versé dans le corps médical ; et le jury a accordé à son travail une récompense de 2 500 fr. Nous félicitons vivement notre vaillant confrère, que près de quarante ans de la pratique médicale la plus absorbante n'ont pas empêché de suivre toute ces questions d'économie sociale et politique si souvent controversées, dans notre société moderne.

Dr J. GEOFFROY.

Erratum. — Dans notre dernier Bulletin, page 182, première colonne, on nous a fait dire : sans arrêter sa charité, ce qui, dans notre phrase, forme un non-sens ; lisez : *ou arrêter sa charité.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur certains cas d'étranglement herniaire passager, simulant l'indigestion.

Par le Dr M. JEANNEL (de Vendôme),
Lauréat de la Société de Chirurgie.

Les numéros 9 et 11 du *Concours* contiennent chacun un article sur la hernie étranglée. Le premier est un exposé magistral de M. le Dr Hambar ; le second contient la relation de deux faits cliniques observés par M. le Dr Tartarin (de Bellegarde) et démontrant, une fois de plus, la nécessité de l'intervention hâtive. Tout ce que disent ces messieurs est excellent et défie la critique ; je désire seulement appeler l'attention sur un point de pratique dont ils ne parlent point, à savoir : l'étranglement quasi intermittent ou à répétition, dans les cas de hernie interstitielle ou de pointe de hernie méconnue ou inconnue du malade, simulant l'indigestion ordinaire.

Et d'abord voici deux faits.

I. Le 21 juin 1881 à 5 heures du matin, je suis appelé d'urgence à Borde-Beurre près Vendôme, auprès de Mme D. G. qui, depuis la veille au soir, était atteinte de coliques violentes et de vomissements incessants. Lorsque j'arrivai à 6 heures 1/2, tout était rentré dans l'ordre et Mme D. G. ne gardait plus de sa maladie que le mauvais souvenir et une grande lassitude. Ne m'expliquant pas facilement un tel orage si vite apaisé, je questionnai et examinai à fond ma malade. J'appris facilement que les vomissements et les coliques étaient survenus brusquement, sans que la malade ait fait le moindre excès, à la suite d'une constipation de deux jours. Je découvris, en outre, que ce n'était pas la première fois que de pareils phénomènes se présentaient, bien qu'ils n'eussent pas encore eu la même violence, et, qu'à chaque crise, la malade avait tout particulièrement souffert dans l'aine droite, où elle avait même constaté une grosseur du volume d'une noix survenant et s'évanouissant avec les coliques et les vomissements. D'ailleurs, à l'état ordinaire de

santé, elle n'avait jamais rien vu ni ressenti dans la même région.

J'examinai l'aîne droite et l'anneau crural; je n'y trouvai absolument rien. Néanmoins mon diagnostic était posé; j'affirmai l'existence d'une pointe de hernie crurale, sortant et s'étranglant d'une façon quasi intermittente, et se réduisant spontanément, jusqu'à ce jour du moins. Je fis sentir à ma cliente la gravité de son état, je lui fis comprendre la nécessité d'un bandage, qu'elle prit deux jours après, et grâce auquel elle est restée jusqu'ici à l'abri de ses coliques, de ses vomissements et sans doute de la kélotomie.

II. Le 3 février 1882, dans la soirée, j'étais appelé d'urgence à Dauzé, à douze kilomètres de Vendôme, auprès de Mme R. M. atteinte de coliques et de vomissements continuels depuis la veille au soir. J'arrivai, tout était fini, et Mme R. M. ne gardait de sa maladie qu'une extrême fatigue, un état saburral et une grande frayeur. J'examinai cependant et questionnai ma cliente. Mon examen ne me montra rien, ni dans le ventre, ni dans les anneaux; mes questions aboutirent à me faire révéler: 1° que pareils accidents étaient assez fréquents; 2° qu'ils étaient toujours précédés de quelques jours de constispation; 3° que les vomissements étaient infects; 4° que la scène morbide était toujours annoncée et accompagnée par l'apparition, dans l'aîne droite, d'une petite tumeur du volume d'une grosse amande et prenait fin lorsque la tumeur rentrait dans le ventre. J'examinai de nouveau l'aîne droite et l'anneau crural en plaçant ma malade dans la position horizontale et dans la position verticale; je ne trouvai absolument rien. Je prescrivis un purgatif doux pour le lendemain matin et je conseillai fortement le port d'un bandage.

Quinze jours après, je revois Mme R. M. que j'avais à dessein un peu effrayée. Elle portait alors une hernie crurale du volume du pouce difficilement réductible et qui, disait-elle, n'était pas toujours apparente. J'insistai sur la nécessité d'un bandage; j'ignore si mon conseil a été suivi.

Voilà donc deux malades à peu près identiques; l'un et l'autre sont atteints brusquement de vomissements et des coliques violentes survenant après une constipation de quelques jours. Appelé d'urgence, j'arrive; tout est fini; j'examine avec le plus grand soin le ventre et les anneaux; je ne constate rien. L'état général seul reste, non plus réellement mauvais, mais seulement encore sous l'influence de la forte secousse qu'il vient d'éprouver; il subsiste de la lassitude et un état saburral des premières voies digestives avec ou sans constipation, tout comme après une violente indigestion. Ce n'est qu'incidemment, et parce qu'il voit explorer la région, que le malade signale l'apparition fortuite et la disparition d'une petite tumeur dans l'aîne; tumeur à laquelle il n'attache qu'une importance toute secondaire, mais qu'il a cependant toujours vue et sentie à chaque crise de coliques et de vomissements.

Eh bien, je dis que ces faits, sans doute plus communs qu'on ne le pense, doivent éveiller vivement l'attention du praticien.

M. Hambar dit, à propos du diagnostic de la hernie étranglée (p. 99-100): « On est appelé près d'un malade portant une tumeur herniaire et se plaignant de vomissements, de douleurs abdominales et de constipation. Il faut être prévenu qu'il peut bien ne pas avoir de hernie étranglée; aussi la première chose à faire est d'examiner la hernie; si elle se réduit facilement, il est évident qu'il n'y a pas d'étranglement, on est plutôt en présence d'une occlusion intestinale. » J'ajouterai: d'autres fois, on est appelé auprès d'un malade ne portant pas habituellement de hernie et se plaignant de vomissements, de douleurs abdominales et de constipation, survenus brusquement. Il faut être prévenu qu'il peut bien avoir eu une hernie présentant ou ayant présenté des signes d'étranglement. Aussi la première chose à faire est-elle d'examiner les anneaux et, si l'on n'y trouve rien, de s'enquérir s'ils n'ont pas été le siège d'une tumeur plus ou moins volumineuse et douloureuse, survenue et disparue avec les accidents. Sans cela, l'on s'expose à prendre pour une simple indigestion ou un embarras gastrique, à cortège symptomatique extraordinairement bruyant, ce qui n'est en réalité qu'un étranglement herniaire passager et souvent même à répétition; premier avertissement, devant donner l'alarme, et mettre en garde contre l'éventualité d'un étranglement définitif et justiciable de la seule kélotomie.

Tout cela est-il neuf? Je ne le prétends pas. En cherchant bien, on le trouverait même sans doute dans Hippocrate ou dans Galien. Peu importe, neuf ou vieux, c'est de la pratique, donc c'est bon à dire ou à répéter.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

De la conjonctivite granuleuse.

Le retour de l'armée anglo-française de l'expédition d'Orient a marqué l'apparition des granulations dans la plupart des armées européennes et ensuite dans la population civile. Depuis, bien des travaux ont paru sur cette importante question, sans l'avoir entièrement résolue. On a confondu, et on confond encore tous les jours, la conjonctivite granuleuse avec l'hypertrophie inflammatoire des papilles normales de la conjonctive, par exemple; de là cette synonymie si variée: ophthalmie militaire, granulations des paupières, ophthalmie des armées, trachômes, etc... Il est juste de dire que la confusion est possible dans ces formes mixtes où la vraie granulation s'accompagne d'inflammation de la conjonctive. Cependant, depuis les remarquables publications de M. *Hairion*, la lumière s'est faite peu à peu, et un observateur attentif reconnaîtra des caractères spéciaux à la *vraie* granulation.

Le premier, l'éminent professeur de Louvain, a

magistralement développé l'opinion que la granulation est un produit néoplasique spécial (1). Quelques années plus tard, mon savant maître, *M. de Wecker*, soutint la même idée, et il fut suivi dans cette voie par *M. Sœmisch*, de Bonn (2), et quelques auteurs modernes. Pour d'autres (3), elle serait formée par l'hyperplasie des *cellules lymphoïdes*. Au point de vue histologique, ces deux opinions ont des points de contact. En effet, la vraie granulation est constituée extérieurement par des cellules épithéliales normales, et au dessous par des cellules lymphatiques agglomérées sans substance intercellulaire; il n'y a de groupes séparés par la trame celluleuse qu'à la base de ces productions néoplasiques; plus tard à la période de dégénérescence cicatricielle, les cellules disparaissent pour faire place au tissu conjonctif. *Ivanow* a décrit des glandes tubuleuses allongées comme une altération anatomique constante et spéciale à cette affection, mais il résulte des travaux de *M. Jacobson*, qu'on retrouve ces éléments dans la plupart des processus néoplasiques. Quoi qu'il en soit, je définirai la conjonctivite granuleuse, une affection essentiellement contagieuse, chronique, caractérisée anatomiquement par le développement, sur ou dans la conjonctive, d'élevnres demi-transparentes, grisâtres, ne se résorbant qu'à la faveur d'une inflammation très ntense (blennorrhée de la conjonctive) et laissant le plus souvent après elles un tissu rétractile.

1o Ses causes.

Je ne veux pas, dans ce simple résumé, faire l'historique de la granulation et rechercher quelle est son origine. « Son microbe, comme le dit spirituellement *M. Warlomon* (4), devait se trouver dans l'arche de Noé. » En fait, on ne saurait trouver milieu plus favorable.

M. Sichel (5) fait remonter les granulations à la plus haute antiquité. D'après des auteurs dont l'autorité ne saurait être niée, ce qu'il y a de certain, c'est qu'avant l'expédition d'Egypte, on ne connaissait l'ophthalmie épidémique ni dans l'armée anglaise, ni dans l'armée française (6). La conjonctivite granuleuse aurait donc été contractée d'abord, puis importée en Europe par les troupes anglaises et françaises de retour d'Orient où la maladie règne à l'état endémique. Des armées, l'affection a gagné les populations civiles où elle est actuellement plus répandue. Il n'est pas moins démontré que la conjonctivite granuleuse et l'ophthalmie d'Egypte sont de nature identique (Anagnostakis, Mannardt). Souvent on a pu remonter ainsi jusqu'à l'origine d'une épidémie de conjonctivite granuleuse. A Brest, par exemple, d'après M. Auffret, un quartier-maître l'aurait propagée en 1871. A Toulon, ce serait un mousse incomplètement guéri, qui l'aurait importée en 1873 (1). Peu d'auteurs se rallient à l'opinion de M. Abadie qui admet le développement *spontané* de l'affection. Il est hors de doute que l'air vicié par des émanations irritantes de toute espèce, que la misère physiologique sous toutes les formes scrofule, tuberculose (Arlt), *prédispose* au trachôme, triste privilège de l'indigent des grands centres, mais les plus mauvaises conditions hygiéniques et la dénutrition la plus complète ne pourront engendrer cette maladie, s'il n'y a en même temps *sécrétion* purulente ou muco-purulente concomitante. Par contre, il est généralement admis que *la granulation elle-même n'est pas contagieuse*. *Parfois* le catarrhe qui l'accompagne, transporté sur la conjonctive d'un sujet *robuste* restera inflammation *non granuleuse*, (Sichel fils) (2). Comment se fait cette transmission? Dans la plupart des cas la contagion est directe, le *produit de sécrétion* vient toucher des yeux jusque là indemnes de granulations. On ne saurait trop étudier et rechercher les agents de transport, afin de prévenir ou d'enrayer cette maladie si tenace et parfois si rebelle à tous les soins, qu'on lui a appliqué, comme à la syphilis, ce mot désolant: « Quand on est une fois atteint, on n'est jamais sûr d'être guéri. » L'opinion de Giraldès et de Græfe qui admettent transmission par l'air vient d'être reprise et défendue dans la thèse déjà citée de M. Gendron. « L'épidémie de conjonctivite granulense observée à bord du *Suffren* et du *Friedland* doit être attribuée à l'exposition *au vent* de la frégate russe *Swetlana*, mouillée dans le voisinage et ayant à son bord de nombreux cas de conjonctivite granuleuse.»

Dans cette épidémie, pas un officier ne fut atteint. Chaque homme, pris au début, le fut à la suite d'un quart sur le pont, pendant lequel il avait été exposé *au vent infectieux*. » Dans les lignes suivantes, M. Gendron fait la part de la contagion directe. « Plusieurs hommes que nous avons interrogés, nous ont dit, soit avoir couché à côté de granuleux, soit encore *avoir été du même plat* que des granuleux. Dans les deux cas, les contacts étaient forcément fréquents, et les hommes se servaient, sans y attacher d'importance, des *mêmes linges*, des mêmes ustensiles. Du reste, à bord, c'est surtout *par l'eau* que s'effectue la contagion, à cause de la vieille habitude de faire laver l'équipage, par groupes, dans une même baille; qu'il y ait seulement un granuleux dans un groupe, tous les autres hommes du même groupe courent un grand risque de contracter la maladie. Il existe encore un autre mode de propagation. Un malade, après s'être essuyé les yeux avec les mains, touche une manœuvre; le premier qui portera ensuite les mains sur cette manœuvre, venant à se frotter les yeux, s'inoculera presqu'à coup sûr des granulations. »

(1) Annales d'Oculistique, 4e série t. XXIII.
(2) Handbuch, t. IV p. 46.
(3) Blumberg, Das Trachom. Archiv. f. O 1899.
(4) Dict. Encyclopédique des Sciences Méd. t. XV. p. 73.
(5) Traité élémentaire 1879, page 123.
(6) Décondé, Annales d'Oculistique, t. XVII p. 5.

(1) Gendron. Conjonctivite granuleuse. Thèse Paris 1882.
(2) Loco citato. page 118.

Je n'insisterai pas sur les causes prédisposantes banales, *malpropreté, encombrement, humidité, misère*, etc., qui expliquent la fréquence de cette affection dans les casernes, dans les écoles, dans les classes inférieures, et dans certaines contrées où s'ajoutent des influences climatériques (*Algérie, Egypte, Provinces baltiques, etc., Flandres*). Je ne parlerai pas non plus de son mode de propagation dans les armées, je renvoie le lecteur à ce sujet à l'article si complet de M. Warlomon.

En résumé, il ne saurait y avoir de conjonctivite *granuleuse* développée sans conjonctivite *granuleuse* transmise. Du moment où l'œil d'un granuleux *secrète*, la maladie peut être contractée par tous ceux qui l'approche. De là les épidémies si fréquentes dans les écoles, dans les casernes. De là le danger des objets de toilette en commun, tels que essuie-mains, *éponges*, bassins, etc.

Disons enfin qu'un certain nombre de praticiens admettent le développement de la granulation *vraie*, consécutivement à la conjonctivite puru- ou blennorrhéique, et, même à la conjonctivite catarrhale simple.

2o Ses symptômes.

Deux variétés cliniques ont été décrites, la forme aiguë et la forme chronique, mais, en réalité, c'est le même processus revêtant la forme inflammatoire, ou non ; dans la plupart des cas, en effet, le médecin rencontre des granulations mixtes et les symptômes d'une conjonctivite plus ou moins intense, cela dépend de la période de la maladie.

La conjonctivite granuleuse peut présenter au début des phénomènes inflammatoires assez marqués pour attirer l'attention ; le plus souvent, au contraire, sa marche est insidieuse et la maladie demande en quelque sorte à être cherchée. Tout au plus les malades accusent un peu de gêne, quelques secrétions insignifiantes le matin au réveil, de la sensibilité à la lumière et une certaine pesanteur de la paupière qui tombe. De là cette physionomie de personnes endormies et dont l'œil se rapetisse. Si, plaçant le malade bien au jour, on examine attentivement la conjonctive palpébrale en étalant les culs-de-sac comme je l'ai indiqué dans un numéro précédent (1), on peut assister à la *période d'invasion*. Au niveau des culs-de-sac, du cul-de-sac supérieur principalement, siége de prédilection des granulations, apparaissent des corpuscules vésiculeux, d'un blanc grisâtre, ovoïdes, de quelques dixièmes de millimètre, plus ou moins discrets, ayant une certaine ressemblance avec *des grains de tapioca cuit ou du frai de grenouille*.

A cette période, on admet qu'elles peuvent disparaître par résorption. Bientôt ces corpuscules envahiront successivement, si on ne les traite convenablement, toute la conjonctive palpébrale, la conjonctive du globe oculaire, le repli semi-lunaire et la caroncule, quelquefois la cornée elle-même. Leur coloration varie du gris-jaunâtre au rouge-orangé, suivant leur siège et leur âge. A un moment donné, les granulations s'enflamment, et on observe d'autres saillies qui appartiennent aux papilles normales de la muqueuse. Ce sont les granulations *mixtes* de *Stellwag von Carion*. Ici, les petites élevures sont *arrondies*, d'un rouge vif, serrées les unes contre les autres, et donnent à la muqueuse enflammée, un aspect hérissé particulier. On voit quelquefois ces saillies papillaires former des sortes de bourgeons charnus ; d'où le nom de *granulations en crête de coq*. D'autres fois, la conjonctive ne présente presque pas de bosselures, mais une sorte d'infiltration gélatineuse *diffuse*. Une particularité à noter, c'est l'absence de vascularisation de la conjonctive bulbaire, laquelle, à moins d'être envahie par les granulations, est à peine sillonnée par quelques vaisseaux et laisse voir la blancheur de la sclérotique (forme chronique).

Plus tard, les *granulations vraies* subissent la métamorphose régressive calcaire (*lithiase conjonctivale*) ou graisseuse. Dans ce dernier cas, le contenu des vésicules se trouve entraîné avec la sécrétion et, à leur place, *des cicatrices* succèdent avec la *rétraction* et l'*atrophie* du tissu conjonctival et de ses glandes. La muqueuse n'est plus rouge, mais au contraire d'un blanc grisâtre, luisante, sillonnée de traînées cicatricielles.

Les complications consécutives sont faciles à comprendre; je ne ferai que les énumérer, parce que quelques-unes feront l'objet d'un article spécial. Rétrécissement *atrophique* du sac conjonctival dans tous les sens, avec effacement des culs de sac, déformation des tarses, entropion, blépharo-phimosis; consécutive à la forme *diffuse*, l'atrophie complète va quelquefois jusqu'au *xérosis*, ainsi que je l'ai observé ici à plusieurs reprises. Du côté de la cornée, ce sont dans les cas bénins, des *opacités* avec affaiblissement plus ou moins marqué de la vision ; malheureusement, dans les autres cas, le *pannus granuleux* est la complication la plus fréquente et la plus fâcheuse.

Les symptômes fonctionnels très accusés à la période des complications, sont au contraire insignifiants au début, comme je l'ai dit plus haut.

La sensation de gravier ou de sable qui roule entre le globe oculaire et les paupières se manifeste avec plus d'intensité dans la conjonctivite granuleuse que dans toutes les autres formes de conjonctivite, en raison des saillies multiples déterminées par les granulations. De là une gêne considérable et un clignement continuel des paupières. A la suite de ces frottements répétés des conjonctives rugueuses contre la cornée, celle-ci se dépouille de son épithélium et s'infiltre dans la partie supérieure ; c'est alors que les malades ont de la photophobie, du larmoiement, des douleurs ciliaires, qu'ils ferment leurs paupières avec force recherchant le silence et l'obscurité.

Souvent, sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'une imprudence du malade qui s'est exposé à la poussière et au vent, se déclare un état

(1) Concours médical 1881

inflammatoire de la muqueuse : les yeux sont baignés par une sécrétion muco-purulente abondante éminemment *contagieuse*. A la faveur de cette complication inflammatoire et d'un traitement bien dirigé, quand la maladie est de date récente, les granulations peuvent se résorber et disparaître. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; les granulations persistent, d'autres poussées inflammatoires surviennent qui établissent l'état chronique et ses conséquences, souvent si désastreuses, pour l'organe de la vision. On a vu aussi cette inflammation dépasser certaines limites d'intensité et donner lieu à une ophthalmie purulente non moins grave.

Dans tous les cas, la conjonctivite granuleuse est une affection sérieuse. Nous venons de voir qu'elle peut guérir à la suite d'une poussée inflammatoire; mais, *dans la plupart des cas*, elle suit une marche *chronique*, le minimum de durée étant de plusieurs mois. Nous verrons dans un prochain article combien le traitement en est difficile et que, bien souvent, après des années de patience et de soins, le malade n'obtient qu'une demi-guérison.

(*A suivre*) Dr S. Baudry (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE CANTONALE.

Douzième Lettre.

Chapitre V. (*Suite*).

—

II. — Hospices cantonaux

L'institution du service médical gratuit à domicile, et celle des bureaux de bienfaisance, ne sauraient suffire pour combattre la misère. L'indigent dont l'état nécessite des soins spéciaux, le voyageur que la maladie frappe loin de son chez lui, les vieillards qui survivent à leurs enfants doivent être recueillis dans des asiles (hôpitaux et hospices), qui constituent ainsi le complément indispensable du service de l'assistance.

L'hôpital est le refuge des malades qui font appel aux ressources de l'art chirurgical, et, dans une louable pensée, la loi du 7 août 1851 a permis aux indigents des communes rurales l'accès des hospices départementaux et communaux.

Quelque libérale que fût cette mesure, l'indigent des campagnes n'en a pas moins gardé une grande répugnance pour l'hôpital, et, dans notre chef-lieu de canton, les pauvres refusent presque tous le billet d'entrée que nous leur offrons. « C'est que, « dit M. de Melun, dans son rapport sur la loi des « commissions hospitalières, le bien-être physique, si précieux pour le malade, n'est pas le seul « dont il éprouve le besoin. C'est que, dans sa faiblesse et sa souffrance, cet ouvrier, tout à l'heure « robuste et qui, en pleine santé, paraissait insouciant de sa famille, retrouve à l'heure de « l'épreuve, les sentiments naturels qui se cachaient « sous une écorce souvent grossière. C'est qu'en « ce moment, il lui faut quitter sa femme, ses enfants et aller demander à des étrangers des soins « qu'il avait le droit d'attendre de ceux que Dieu « avait associés à son sort. » Quelle plus grande consolation pour ceux qui souffrent que d'être entourés de ceux qu'ils aiment et dont ils sont aimés !

La loi du 21 mai 1873, sur les commissions des établissements de bienfaisance, semble avoir été inspirée par ces sentiments. Elle autorise (art. 6) les commissions administratives à disposer du quart — et même du tiers avec l'assentiment du conseil général — des revenus hospitaliers, pour les effecter au traitement des malades à domicile et à l'allocation de secours annuels en faveur des vieillards et des infirmes placés dans leur famille. C'est ce qui existe en Angleterre, où les hôpitaux sont depuis longtemps chargés du service de l'assistance à domicile. Ainsi, en 1861, les 14 hôpitaux de Londres, représentant 3,526 lits, traitèrent 399,146 indigents à domicile, et 32,199 à l'intérieur. On sait qu'à Londres, la plupart des hôpitaux sont des établissements institués par la charité particulière et soutenus, en grande partie, par des dons volontaires. A l'hôpital Saint-Barthélemy, qui n'a que 725,000 francs de revenus, la dépense s'est élevée, en 1861, à 2,322,500 francs : à l'hôpital de Westminster, la dépense, qui est de 142,575 francs, est en grande partie couverte par les dons volontaires.

Nous ne voudrions pas remettre tout le service de l'assistance publique entre les mains des commissions hospitalières. Il y aurait du reste impossibilité à le faire en France, où les hôpitaux sont peu nombreux, et il est difficile d'en augmenter suffisamment la quantité, comme nous le disions, tout à l'heure ; au reste, tous les efforts doivent tendre à remplacer l'assistance à l'hôpital par l'assistance à domicile, de beaucoup la plus avantageuse.

Telle n'est pas, cependant, l'opinion de quelques personnes qui se sont occupées de cette question, et, en particulier de notre confrère, le Dr Frouin, de Saint-Nicolas du Pélen (Côtes-du-Nord).

Dans un projet très étudié, notre honorable confrère réclame l'assistance médicale obligatoire dans chaque commune, suivant une organisation réglementée par le Conseil général, auquel les communes pourraient soumettre les modifications nécessitées par ces causes purement locales. Chaque commune, imposée suivant ses indigents, recevrait en cas d'insuffisance de ses ressources, une allocation du département et même de l'Etat. Le service médical serait fait par le médecin du canton, ou par quartier, par chacun des médecins du canton qui y consentirait. Dans les localités où les médecins acceptants seraient plus nombreux, le sort déciderait entre eux chaque année. (Notre confrère

n'admet le libre choix du médecin par le malade).

Les malades atteints d'affections légères viendraient aux consultations du médecin, mais, dans chaque canton, il y aurait deux salles d'hôpital où les malades indigents, les plus gravement atteints, devraient être transportés et convenablement traités. Les salles seraient établies au domicile même des communautés religieuses, que l'on trouve dans chaque canton, et les religieuses seraient chargées du soin des malades sous la direction du médecin, ce qui aurait encore, d'après notre confrère, « l'avantage de mettre fin, ou à peu près, à l'exercice illégal de la médecine que ces communautés exercent d'une façon scandaleuse, au grand détriment de la santé publique ». Deux lits suffiraient pour chaque commune, et les dépenses seraient peu élevées.

Nous ne croyons pas que cette organisation puisse rendre les services qu'en attend notre confrère. Les communautés religieuses accepteraient difficilement un rôle pour lequel elles ne sont point préparées, et auquel ne saurait convenir le local dont elles disposent, et d'ailleurs nous ne voudrions pas leur livrer le service en l'installant dans leur propriété.

Deux lits par commune ne satisferaient pas à tous les besoins, et certainement de nombreux malades resteraient chez eux sans aucun secours.

Du reste, l'assistance hospitalière a donné prise, tant au nom de la morale qu'au nom de l'hygiène publique, à des critiques sérieuses que l'on peut ainsi résumer :

1° Le transport des malades éloignés est souvent difficile et toujours des plus pénibles;

2° Les maladies sont généralement plus graves à l'hôpital qu'à domicile, ce qui peut tenir à ce que la répugnance qu'ont les indigents de l'hôpital, les empêche d'y entrer assez tôt, avant que la maladie ait fait de grands progrès ;

3° Les malades entrés à l'hôpital pour une maladie légère, sucombent parfois à une maladie plus grave qu'il y ont contractée (De Ranse).

4° L'assistance hospitalière est à l'encontre des sentiments d'affection et de solidarité qui font la base de la famille (De Ranse);

5° L'hôpital devient souvent le point de départ d'épidémies graves contractées et transportées au dehors par les parents des malades qu'ils viennent visiter ;

6° La mortalité est beaucoup plus grande à l'hôpital qu'en ville. On sait que les grandes opérations, les grands traumatismes, les vastes plaies en suppuration, guérissent moins facilement à l'hôpital où l'air est confiné, qu'à la campagne, et que les maternités ont une influence pernicieuse sur la santé de femmes en couches. Une statistique du Dr Brochin, allant de 1854 à 1861, semble démontrer la nocuité de l'hôpital pour les salles dites de fiévreux. Tandis que la mortalité à domicile était de 8,52 pour 100, elle s'élevait à 14,21 pour 100 à l'hôpital, et la durée du traitement pour ceux qui guérissaient de 14,89, journées à domicile et de 25,83 journées à l'hôpital. Il est vrai que les malades n'arrivent le plus souvent à l'hôpital qu'à la dernière extrémité, mais on s'accorde généralement pour admettre l'influence désastreuse de l'hôpital.

On pourrait faire remarquer que ces critiques s'adressent aux grands hôpitaux, où existe toujours un certain encombrement, tandis que, à la campagne, on ne saurait redouter de tels inconvénients. Mais nous aurions toujours à craindre, même dans les petites communes, que l'hôpital ne devienne un foyer d'épidémie et de contagion, ce qui devrait inviter à restreindre le plus possible l'assistance à l'hôpital, pour la remplacer par l'assistance à domicile.

Les dépenses nécessitées par la création et l'entretien d'un hôpital, ne laissent pas d'être des plus considérables. « Un hôpital cantonal de vingt « lits, bâti sur le plan le plus modeste, coûterait « environ 40,000 francs de frais de premier éta- « blissement, l'entretien de chaque lit ne coûte- « rait pas moins de 4 à 500 francs par an. » Roussel p. 20. — Il faut ajouter à ces chiffres les frais d'administration qui sont toujours assez élevés. En 1877, il existait en France, 1543 hôpitaux ou hospices; le nombre des malades et infirmes admis était de 472,416; le nombre des lits de 164,245; la dépense de 94,364,662 francs; soit 199 fr. 75 par malade et 574 fr. 50 par lit! — A l'hôpital de Lariboisière, on a donné 72 mètres d'air par lit et dépensé pour chacun de 13 à 14,000 francs de frais de premier établissement! Chaque lit du nouvel Hôtel-Dieu a coûté environ 100,000 francs! Le prix de la journée de maladie a varié dans les hôpitaux généraux de Paris, de 2 fr. 30, à la Pitié, de 2 fr. 70, à l'hôpital Lariboisière, et dans ces chiffres ne sont pas compris les frais de premier établissement et d'entretien : à domicile la journée de traitement était de 0 fr. 94.

Dans les hôpitaux spéciaux, la dépense est encore plus grande. En 1865, la journée coûtait 4 fr. 47 à la maison d'accouchement et 0 fr. 97 pour les accouchées à domicile. Chaque malade causait une dépense totale, (année 1864) de 14 fr. 36 à domicile, et de 47 fr. 40 à la maison d'accouchement : elle s'y élevait à 72 fr. 27 dans l'annnée 1865. Il faudrait ici encore, pour apprécier les dépenses, tenir compte des frais d'installation et d'entretien. Ces derniers absorbaient, pour l'année 1847, la somme de 1,785,060 fr. 30, et dépassent aujourd'hui *deux millions*.

Que l'on veuille bien considérer que sur les 51,900,415 fr. 78 dépensés en 1847, pour le service hospitalier, un septième environ (9,260,763 fr. 45) étaient absorbés par les frais d'administration; un huitième (6,799,648 fr. 47) par les services de surveillance, d'infirmerie, de cuisine, de nettoyage; un cent quarantième (361.453 fr. 29) par le culte et l'enseignement religieux; un dix-neuvième (817,495 fr. pour traitement des médecins, chirurgiens, internes et sages-femmes, et 1,886,958 fr. 91 pour dépenses de pharmacie, en tout 2,704,454 fr. 91) pour le traitement des malades. Le même rapport doit exister avec les dépenses actuelles, et l'on peut dire que les frais d'administration d'un hôpital enlèvent à l'assistance le meilleur de son revenu, et à l'indigent le bénéfice de la charité qu'on veut lui faire.

La presque totalité des hôpitaux est placée dans les villes et l'on voit à quelle dépense entrainerait la création d'un hôpital dans les 35,926 communes ou même les 2,836 cantons de France! Et si ces créations étaient faites, le bien accompli serait-il en rapport avec les dépenses? Ecoutons à ce sujet le Dr Andrieux, de Brioude. « L'hôpital-hospice de Brioude, sur quarante-cinq lits, « occupés, compte habituellement de deux à cinq « malades au plus, et encore sont-ils souvent « négligés par le médecin. Toutes les autres places « sont occupées par des vieillards infirmes ou soi-« disant tels, quoique le règlement n'en admette « que quatorze. Le personnel employé à l'hôpital « est de cinq sœurs, une postulante au moins, un « receveur, un économe, un aumônier, un mé-« decin, un garde, cinq à six domestiques, un sa-« cristain, un barbier à l'année, en tout dix-huit « ou dix-neuf personnes, soit *un salarié pour* « *deux et demi malades* ou vieillards. Sans parler « des propriétés détachées, dont la valeur est de 60 « à 70 mille francs, et qui ne produisent pas 2 0/0, « la maison possède une terre estimée à 150,000 « francs, qui, tout bien compté, ne produit pas « 1,200 francs. Le chauffage, le blanchissage, « s'exécutent d'après les procédés les plus coû-« teux ; je n'exagère pas, en disant que par une « bonne administration, les revenus pourraient « être accrus d'environ un tiers. Mais il n'est pas « possible de déraciner tous ces abus; pendant six « ans que j'ai été maire, j'y ai travaillé, et mes « efforts, combinés avec ceux des membres de la « Commission, sont venus se briser devant des « manœuvres indignes. »

Nous sommes en mesure de présenter les chiffres les plus importants du budget de l'hôpital de Montaigu, pendant les cinq dernières années :

Années	Ressources	Dépenses	Nombre des malades.	Nombre des journées	Nbre moyen des journées par malade
1876	7335,94	7820,75	42	2128	50,66
1877	6843,96	6688,50	46	1751	38,07
1878	6768,42	5875,60	57	1640	28,77
1879	6127,96	6067,58	75	1210	14,80
1880	6120,76	5608,43	58	1269	21,87
1881			55	1216	22,10

Parmi les dépenses de chaque année nous citerons :

nnée	Médecin	Literie	blé, farine pain.	Viande.	Vin.	Epicerie et menues dép.	Linge et habillement	bois chauffage
1876	200	99,40	1051,72	627,87	366,65	644,53	99,40	452,40
1877	200	»	989,07	816,49	297,20	600	»	541,50
1878	200	»	695,26	660,89	467,80	575,12	16,80	601,90
1879	200	»	809,87	541,85	488	569,62	»	466.40
1880	200	»	937,55	582,87	498	566,15	113,30	471,90

(Le personnel de l'hôpital se compose de 5 sœurs, dont une chargée de la cuisine, et de trois domestiques, dont une femme.)

Les dépenses nécessitées par le traitement de chaque malade sont, on le voit, très élevées. Il nous semble qu'une somme de 6,000 fr. (chiffre au dessous des ressources de l'hôpital) serait plus que suffisante pour assurer à tous nos concitoyens les bienfaits de l'assistance à domicile, et que les sept hectares environ que possède l'hôpital donneraient un meilleur produit si un fermier en avait l'exploitation.

Ces critiques s'adresseraient à la plupart des hôpitaux de petites villes, aussi ne croyons-nous pas qu'il y ait lieu de demander, à l'heure actuelle, l'augmentation de leur nombre : Il ne faut pas, en effet, imposer au budget de l'assistance des dépenses inproductives.

Si, cependant, l'on jugait nécessaire de les multiplier, il nous semble que, dans chaque chef-lieu de canton, un ou deux pavillons isolés, construits en briques ou en planches, et dont les dépenses seraient supportées par toutes les communes du canton, aidées au besoin par des secours de l'Etat et du département, suffiraient à tous les besoins du service. On satisferait ainsi aux exigences de l'hygiène moderne et à la nécessité de diminuer dans la mesure du possible, les frais d'installation.

Mais à qui devrait-on confier le service médical de l'hôpital ?

« Le mieux serait de s'entendre avec tous les » médecins de bonne volonté du canton, et de » convenir avec eux qu'ils iraient visiter, aux » frais de l'hospice et suivant un tarif déterminé, » les malades pauvres qui s'adresseraient à » eux.» (Siegfried.)

Pour nous, nousnous associons à ceux qui demanderont que le médecin soit nommé par le Concours. Ce mode de nomination, le seul qui offre des garanties réelles, serait facilement applicable s'il n'existait, comme nous le préférerions, qu'un hôpital par canton. Le concours aurait lieu à l'École de médecine la plus voisine, dont les professeurs fourniraient le jury. Les candidats à une place de chirurgien subiraient une épreuve de médecine opératoire et deux épreuves cliniques ; on exigerait des candidats à une place de médecin, deux épreuves clinques et une composition écrite sur un sujet de thérapeutique. Les candidats devraient être munis du diplôme de docteur en médecine (1).

Ce programme est celui du Dr Notta auquel nous l'empruntons (2), et nous pensons avec lui qu'il ne saurait embarrasser le praticien qui se croit capable de remplir les fonctions de médecin ou de chirurgien d'un hôpital. « Il me semble, » dit Notta, qu'à une époque comme la nôtre, où » nous nous piquons de faire mieux que nos devan» ciers, où surtout nous professons bien haut l'abo» lition des privilèges, la liberté et l'égalité » comme moyen d'arriver, je suppose, nous au» rions là une excellente occasion d'appliquer ces » principes en instituant le concours. »

Le concours offre aussi un avantage précieux qu'il est bon de signaler. Il indique quels sont les membres du corps médical les plus dignes de faire partie de la commission administrative des hospices. Jusqu'ici, il est vrai, la loi en a éloigné la seule personne qui, par ses connaissances spéciales, fût à même de la guider. Qui a plus d'autorité que le médecin pour indiquer les conditions de construction, d'aménagement d'un hôpital ? Qui pourrait donner des avis plus utiles sur les dangers de l'accumulation des malades, la nécessité de l'isolement de certains d'entre eux, sur le régime alimentaire, sur l'acquisition d'appareils, instruments, médicaments ? L'Association générale des médecins de France a vainement réclamé, le 25 janvier 1873, des membres de l'Assemblée nationale, l'admission d'un médecin dans la Commission hospitalière, mais cette admission sera inscrite dans la loi un jour ou l'autre, et le concours aura facilité le choix du médecin qui en fera partie.

En résumé, à coté de l'assistance à domicile *la plus large possible,* nous réclamons pour le vieillard sans famille, pour le voyageur sans domicile, pour le malheureux qui a besoin de recourir aux ressources de l'art chirurgical, la création, dans chaque canton, d'un hôpital où les soins leur seront donnés par un médecin ou un chirurgien nommés tous les deux au concours. Il est évident qu'il doit y avoir, attachés à chaque hôpital, des médecins et chirurgiens suppléants en nombre égal à celui des titulaires, et désignés également par le concours.

Ainsi serait résolu le problème de l'assistance médicale sur cette triple base : 1° assistance à domicile, 2° assistance par le bureau de bienfaisance (bons de pain, viande, etc., etc.,) 3° assistance à l'hôpital, pour les cas particuliers qui la nécessitent.

Les dépenses ne laisseront pas d'être considérables, mais elles sont des plus urgentes et nous ne saurions moins faire que les autres grandes nations d'Europe. Que le lecteur médite ce tableau statistique :

	Dépense par indigent secouru.
Grande-Bretagne.......	184 fr. 20
Bavière...............	73 fr. 57
Norwège...............	72 fr. 87
Pays-Bas..............	48 fr. 38
Wurtemberg............	45 fr.
Autriche..............	37 fr. 32
Belgique..............	14 fr. 82
France................	11 fr. 55

(*A suivre*). Dr Mignen (*de Montaigu*)

(1) Nous respectons ici les dispositions légales actuelles, mais nous admettons volontiers les officiers de santé au nombre des candidats. Le titre n'est rien ; la valeur scientifique est tout.

(2) V. Médecine et clients, p. 73.

II

Médecine légale

Très honoré et cher confrère,

Je trouve défecteux et suranné le tarif des honoraires alloués aux médecins en matières criminelles : n'est-il pas ridicule et absurde, comme le dit le docteur Cauvierre, dans le n° 13 du journal, que le médecin légiste reçoive pour honoraire d'une autopsie, 5 francs, et pour chaque myriamètre parcouru, 2 fr. 50, ce qui est, par dessus tout, encore plus ridicule et révoltant, 2 fr. pour un jour de séjour.

Exemple : je pars à 6 heures du matin avec le juge d'instruction, le Procureur de la République et le greffier, pour un cas d'infanticide; nous avons 15 kilomètres à parcourir pour nous rendre au chef-lieu de la commune, il y a encore 4 kilomètres à parcourir dans la montagne, pour nous rendre au village où a eu lieu le crime : nous avons une voiture de louage qui nous coûte 20 fr., deux repas à l'auberge qui nous coûtent aussi 20 fr., ma quote-part est de 10 fr.; comme le crime remonte à trois semaines, je me suis muni de chlorure de chaux et d'acide phénique comme désinfectants pour la somme de 1 fr. 50; j'ai pour papier timbré

60 cent. plus pour timbre de quittance 10 cent. total de mes déboursés 12 fr. 20; mes honoraires sont, pour trois myriamètres parcourus; 7 fr. 50, pour une simple visite à la prévenue 3 fr., le cadavre de l'enfant nouveau né n'ayant pas été trouvé, malgré les recherches que nous avons faites; total de mes honoraires, 10 fr. 50. Le déficit est de 1 fr. 70. Toute ma journée passée hors de ma résidence, abandon de ma clientèle, nous ne sommes rentrés qu'à sept heures du soir. C'eût été bien pire encore si, comme le désirait M. le Procureur de la République, nous eussions découché pour continuer les recherches le lendemain.

Il est bien temps, je crois, que l'on refonde le tarif de 1811 en matière criminelle : nous avons à la Chambre quarante-huit confrères, nous en avons un certain nombre au Sénat, et aucun ne prends l'initiative de cette réforme.

Le Concours devrait prendre en main cette affaire et obtenir enfin des Chambres ou du Ministère de la Jutice, la réalisation des réformes que révendique tout le corps médical, depuis si longtemps, sans jamais l'obtenir.

Dr Pissis.

Président honoraire du syndicat des médecins de l'arrondissement de Brioude (Haute-Loire.)

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ITALIENS

Anévrysme de l'aorte ascendante pris pour une tumeur du médiastin antérieur, et reconnu à l'autopsie, par le Pr. Luigi Carpani, médecin en chef a l'Ospedale maggiore de Milan. — Un homme de 49 ans, n'ayant jamais souffert de scrofule, de syphilis, d'alcoolisme, ni de rhumatismes, se présente à l'observation de l'auteur. Il a d'abord ressenti une pesanteur rétro-sternale, et de la gêne respiratoire, quand il se livrait à un travail fatigant. Les douleurs s'irradient graduellement à l'épaule et au bras droit, Le malade n'a jamais senti derrière le sternum, ni nulle part, de pulsations. Bientôt survint de l'œdème au cou et à la face, qui disparut après quelques jours. La suffocation augmenta jusqu'à l'orthopnée, la douleur s'étendit au côté gauche.

On ne constate pas d'athérome artériel ; il y a un peu d'œdème sous-palpébral et de cyanose aux lèvres et aux oreilles. Pas d'hypertrophie des glandes du cou. Les deux veines jugulaires sont dilatées, le pouls bat en même temps aux deux carotides, la pression du doigt derrière la fossette sternale ne fait pas percevoir de battements, mais une dureté exempte de toute pulsation. On ne remarque, autour du sternum, qu'une dilatation tortueuse, variqueuse, des vaisseaux du cou, communiquant avec ceux de l'aisselle. Parallèlement aux veines épigastriques superficielles, on remarque la présence d'un réseau variqueux allant du creux axillaire à la crête iliaque.

La percussion révèle de la matité dans un espace irrégulier, quadrangulaire, de la région sternale, limité à droite par la résonnance claire pulmonaire, à gauche par la submatité précordiale. — A l'auscultation, on entend quelques râles sibilants dans les poumons, le souffle de la trachée est accompagné d'un bruit dur et sifflant. Peu à peu la dyspnée et la toux augmentent; le cœur fait entendre des battements diffus et faibles, mais normaux. Les artères radiales, un peu rigides et tortueuses, battent en même temps; il n'y pas de retard notable entre les battements du cœur et celui du pouls radial des deux côtés.

On pose le diagnostic de tumeur du médiastin, pour toutes les raisons dites plus haut ; et par l'aggravation des symptômes de dyspnée et d'angoisses, le malade meurt d'un accès de suffocation.

A l'autopsie on trouve un anévrysme du volume d'un œuf d'autruche, tapissé à l'intérieur de couches fibrineuses d'un centimètre d'épaisseur, la circonférence intérieure du sac était égale à une pièce de cinq francs. Le cœur est de volume normal et sans altération notable, les poumons congestionnés.

La tumeur comprimant la veine cave descendante produisait l'œdème de la face, le gonflement, la cyanose de cette région, la turgescence veineuse et le développement d'une circulation collatérale; la compression de la trachée produisait la dyspnée, les bruits de souffle et autres signes d'aplatissement des grosses bronches, tels que affaiblissement du murmure vésiculaire. Tous symptômes qui justifiaient pleinement le diagnostic de tumeur.

Dans les cas de tumeur du médiastin, comme dans ceux d'anévrysme de l'aorte, il y a dyspnée légère d'abord, mais augmentant, quand le malade travaille, jusqu'à l'orthopnée.

Ce qui a autorisé à conclure à une tumeur du médiastin plutôt qu'à un anévrysme, c'est le manque absolu de pulsations synchroniques au battement cardiaque. La cyanose et l'œdème facial, le développement variqueux des veines : et le Prof. Anderson assure avoir constaté beaucoup plus souvent la présence des derniers symptômes énoncés dans les tumeurs médiastines que dans les anévrysmes.

Les signes fournis par la palpation devaient faire admettre une tumeur plutôt qu'un anévrysme, 1o parce qu'on ne pouvait percevoir aucun battement, 2o un symptôme absolument important manquait, c'est l'augmentation subite de la douleur de l'anévrysme, si l'on comprime les deux artères crurales; 3o synchronisme parfait du pouls des deux carotides; 3o aucun retard appréciable entre le battement du c eur et celui du pouls.

Telles sont les raisons qui ont induit l'auteur en erreur, en même temps que l'opinion du Prof. Anderson, qui voit plutôt, dans tous les symptômes énumérés, des raisons de conclure à l'existence d'une tumenr plutôt que d'un anévrysme.

L'extension notable de la matité s'explique par le développemeut excessif de l'ectasie aortique; la résistance et le défaut de dilation à la systole par l'épaisseur du revêtement fibrineux à l'intérieur du sac, qui nous explique aussi pourquoi le synchronisme entre les pouls droit gauche et les battements du cœur.

Ce qui pourrait en outre égarer le diagnostic, c'est que le malade n'était atteint ni d'alcoolisme, ni de syphilis, causes qui, en altérant l'intégrité des parois vasculaires, favorisent les développement des auévrysmes.

Cette observation, dont nous ne donnons que le sommaire, servira à confirmer l'opinion de tous les cliniciens, qui s'accordent à reconnaître la difficulté qu'il y a à dis-

tinguer une tumeur du médiastin avec un anévrisme de l'aorte.

Gazzetta med. Italiana-Lombardia. Nos des 11, 18 et 25 février 1882).

Sur la glycogénèse hépatique. — Recherches du Professeur Lussana. — Le foie extrait du corps d'un animal contient 10 pour cent de glycose au maximum, (après un copieux repas de matières féculentes), et à 1 pour cent à la suite d'un jeûne prolongé. On trouve toujours la glycose dans les décoctions du foie des animaux morts.

Sur un animal vivant, on enlève le foie, on le soumet immédiatement à l'ébullition et l'on n'obtient pas de glycose, mais de la matière glycogène. Ce résultat négatif est constamment le même, sur n'importe quel animal, pouvu qu'il soit à jeun, non éthérisé, et que le foie extrait vite soit coupé en morceaux, plongé dans l'eau bouillante durant 10 à 12 minutes.

Le foie vivant ne secrète pas de glycose à l'état physiologique. Celle qu'on y trouve, provient de la transformation de la matière glycogène, mais cette transformation ne se fait pas à l'état physiologique.

Les cellules hépatiques sont en grande partie composées d'inuline animale, (glycogène hépatique), matière amylacée analogue à celle qui constitue d'ordinaire les organes sécréteurs des plantes, et comme font ces organes pour le règne végétal, le foie chez l'animal élabore les matières albuminoïdes, travaille à la formation des cellules, émulsionne les corps gras, et transforme le sucre cristallisable en glycose.

La matière glycogène se transforme en glycose par une désassimilation, sous l'influence de ferments plus ou moins anormaux, cadavériques, pathologiques ou expérimentaux, prenant naissance dans le sang ou dans le foie et ne pouvant vivre qu'entre 9o et 100o. Les maladies et les lésions du plancher du 4e ventricule, des pédoncules, de la moelle allongée en général et de la moelle épinière, produisent, par des troubles de l'innervation vaso-motrice, des congestions sanguines de la circulation abdominale, et favorisent la production d'un ferment, qui, traversant les vaisseaux du foie, saccharifie son tissu amylacé.

On savait qu'au contact du sang, l'amidon se transforme en glycose, et qu'on peut obtenir ce produit en injectant des substances amylacées dans le sang des animaux vivants. Ce n'est pas par une influence directe des centres d'innervation que le foie accomplit une fonction glycogénique, c'est indirectement et à la suite d'un trouble de la circulation abdominale. Claude Bernard croyait que le glycogénèse était une fonction du foie, et la glycosurie une exagération de cette fonction. Mais ce n'est pas précisément quand un organe souffre qu'il doit le mieux fonctionner, et, pourtant, c'est quand il est malade que le foie secréte le plus de sucre. Ne serait-il peut-être pas rationnel de réparer les pertes de l'organisme des diabétiques par un régime féculent, plutôt que de recourir au cruel palliatif de l'alimentation exclusive par la viande, qui masque et dissimule le mal sans le guérir?

La formation de glycose dans le foie est une désassimilation; la substance amylacée est dans cet organe un tissu, tandis que le glycose, son dérivé n'est pas organisable. La matière glycogène, en devenant glycose, cesse d'être un tissu pour devenir un produit soluble, comme la fibre musculaire cesse d'être un tissu organisé pour devenir un aliment quand la digestion l'a fluidifiée et transformée en peptone. La glycogénèse n'est pas plus une fonction du foie, que la production de l'urée n'est une fonction du cerveau : comme l'urée, la glycose et un détritus, un produit de l'usure des tissus.

Si la matière glycogène se trouve en abondance dans le foie, après la mort de l'animal en expérience, on trouvera beaucoup de glycose; on n'en trouvera au contraire qu'une petite quantité si la matière glycogène a été d'abord plus ou moins usée par la maladie.

En résumé, d'après Cl. Bernard, la glycogénèse est une fonction du foie, dont l'agent actif est la substance glycogène, tandis que, pour Lussana, la glycose n'est que le résultat d'une désassimilation, sous l'influence de troubles vaso-moteurs, et non pas comme le voudrait notre grand physiologiste français, un produit de sécrétion et de nutrition.

Gazetta med. Italiana. Lomb. No du 11 Mars 82.

Dr M. Picard.

VARIÉTÉS

COMMENT ON PAIE.

Première manière.

« — Ah, Monsieur ! Venez vite !..... C'est ma femme..... Elle est bien malade ! on vous donnera tout ce que vous voudrez. »

Le temps est affreux, épouvantable. Nuit noire, froide, glaciale ; mais, enfin, il y a urgence, paraît-il; vous partez et vous trouvez une bonne ménagère, un peu fatiguée, qu ne méritait certes pas un dérangement pareil. Trois jours plus tard elle est sur pieds. Vous attendez un mois, six mois, un an, deux ans, ce brave homme, si pressé pour vous arracher du lit, l'étant beaucoup moins pour vous acquitter vos honoraires. Il s'exécute cependant ; un beau dimanche il arrive.

— Dix francs ce voyage?

— Mais vous devez vous souvenir que c'était la nuit.

— La nuit....., le soir...

— Il était onze heures...

— Pas tout à fait...

— Uu temps affreux,

— Comme ci, comme çà.

— Vous m'offriez « tout ce que je voudrais. »

— Vous n'êtes pas resté longtemps... Pour deux ou trois paroles! Je vais vous donner cinq francs ; nous sommes des pratiques..... Nous ne changeons jamais..... Je vous procure pas mal de clients, allez !... J'envoie tout le monde chez vous.

Deuxième manière.

— Et bien M'ame Michaud, vous v'là *guérite*?

— Merci, ça va mieux; y a que ce catarrhe qui passe point.

— Fandrait en parler au docteur.

— Que voulez-vous qu'y me fasse le docteur ! Y m'a donné je sais-t-y combien de drogues, c'est comme si on chantait.

— Faut en consulter un autre. . . . .

— Plus souvent ! j'en ai assez de leurs consultations. Et tenez, entre nous, y sont tous les mêmes, vos médecins. Ils n'y entendent rien et prennent bien cher, j'ai dépensé plus de dix écus dans ma maladie.

— Faut pas s'en approcher.

— Surtout M. Pidot ! Est-ce qu'il n'a pas eu l'audace, de demander 24 fr. pour huit visites ?

— Vingt-quatre francs ? et vous les l'y avez lâchés ?

— Plus souvent ! ! C'était bien la peine de tant le soutenir ! Moi qui l'y ai fait sa clientèle dans le quartier ! Moi qui lui ai fait avoir le père Fétu et la mère Colombe ! ! !

— Comme moi, Monsieur Fronchut. A-t-il pas eu l'audace d'exiger quarante sous pour deux mots qu'il m'a dit pour ma petite ? Et encore que son remède n'a rien fait du tout, j'en ai jeté la moitié. Quand il m'a donné sa note, je ne le lui ai pas mâché ; d'ailleurs, vous me connaissez, je ne me gêne guère. Qu'il vienne les chercher ses quarante sous !

— Si encore ils étaient reconnaissants ! Tenez, lorsque mon oncle Poussadout s'est cassé la jambe, on l'y a demandé cent francs ? Et cependant il en avait porté du butin à son docteur ! des pommes, des raves, un poulet, un lapin. Il a tout pris le gueux et puis encore il lui fallait cent francs tout de même ?

Troisième manière.

— Voyons, Palmyre, il faudrait cependant payer le docteur !

— J'y songe, mon ami, quand je pense à la somme qu'il nous faudra débourser ?...

— Que veux-tu ! pour une opération comme celle-là !... j'y vois maintenant...

— Tu y vois, tu y vois...

— Mais parfaitement.

— C'est très bien ; pas besoin cependant de le crier sur les toits !

— Mais cependant ?...

— Il n'y a pas de : mais cependant, si tu n'y vois guère c'est que l'opération sera mal réussie, alors le docteur te rabattera quelque chose.

— Au fait, si nous l'invitions à dîner ?

— J'avais la même idée que toi. Je te dirai même qu'en prévision de cela, Dorothée lui brode une paire de pantoufles.

— Des pantoufles ? par ma fille ?

— Parfaitement. A la fin du repas elle les lui offrira. Après un bon dîner et un cadeau la note pourrait bien s'adoucir.

— Engageons-le pour lundi.

— Je veux bien.

Quatrième manière.

— Monsieur, je viens vous payer. C'est bien vieux ! Mais j'avais tant à payer ! Le curé, le pharmacien, le notaire, l'épicier, le marchand de bois, la laitière. Quand on est malade, vous savez !

Voilà comment vous apprendrez qu'on ne solde le médecin qu'en dernier, lorsque l'on ne peut faire autrement.

Cinquième manière.

Celle-ci, c'est la façon du gouvernement, des administrateurs, des sociétés de secours mutuels, etc., etc., etc...

— Monsieur, la Société philanthropique de Fouilly-les-Ormes vient de créer une Société de secours mutuels ; voulez-vous en être le médecin ?

. . . .

— C'est faire acte de charité que de nous prêter votre savant concours. Aussi, vous le comprenez, nous ne pourrions vous accorder les prix ordinaires. Voici notre tarif : *Visites, 0,12 centimes...*

Le médecin examine un instant et comme, après tout, on lui octroie des honoraires à peu près équivalents au pourboire d'un garçon de café... Il refuse ? non, il accepte.

— Nous avons un hôpital ; dans cet hôpital des malades ; pour ces malades, il faut un médecin. Si vous voulez, trois cents soixante-cinq fois l'an (années non bissextiles) venir les visiter, les soigner, il vous sera généreusement alloué 300 francs (absolument comme un garde-champêtre de la commune).

Dr Barré.
(à suivre) Médecin consultant à Royat.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Société locale de l'Hérault.

Présidence de M. le Dr Saumes, Secrétaire : M. Pecholier.

Extrait :

. . . .

Je ne veux pas terminer sans vous dire un mot du *syndicat* que nous avons constitué sous le nom de Société médicale de Montpellier : c'est nous, c'est notre Association qui avons pris l'initiative de cette création. . . . .

Nous avons réuni l'adhésion à peu près unanime des médecins de Montpellier, la Charte du Syndicat est sanctionnée par la signature du plus grand nombre ; mais, comme l'a dit le poëte :

La foi qui n'agit point est-ce une foi sincère !

Pourquoi, en particulier, ne pas se rendre tous aux convocations lorsque les séances annoncées ont une importance décisive ? N'y a-t-il pas dans notre entente, dans le resserrement de nos liens confraternels, tout ce qui doit grandir nos positions et rehausser notre prestige ? *Le Syndicat est à l'Association ce que la prophylaxie est à la thérapeutique, et je le demande à vous tous praticiens : lequel vous paraît préférable de ces deux moyens de l'art ?* . . . .

Dans une lettre adressée au Secrétaire Général, M. le Dr de Darvieu, de Ganges, demande qu'une commission soit nommée dans le sein de l'Association pour étudier l'exercice de la médecine cantonale.

Cette proposition de M. de Darvieu est très favorablement accueillie. La commission désignée se compose de MM. Castau, U. Coste, de Darvieu, David, Mossé et Serre.

NOUVELLES

Ecole Pratique.

Applications médicales, chirurgicales, obstétricales de l'électricité.

M. le Docteur *Apostoli* commencera son cours le vendredi 5 mai, à 2 heures,

Amphithéâtre n° 3, pour le continuer les lundis, et vendredis suivants à la même heure. »

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

NUMERO DES SYNDICATS

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

6 Mai 1882 4me Année. — No 18

SOMMAIRE

BULLETIN

Dans les récentes discussions qui se sont élevées à l'Académie des sciences et à l'Académie de Médecine, au sujet des vaccinations charbonneuses, il y a un point d'hygiène que M. Pasteur, à notre avis, n'avait pas suffisamment éclairci jusqu'à ce jour, et sur lequel un de nos lecteurs vient justement d'attirer notre attention. Peut-on impunément livrer à la consommation un herbivore qui vient d'être vacciné avec du virus charbonneux ? N'est-il pas à craindre que le liquide injecté à la première opération, et surtout celui dont se sert à la deuxième, et qui est beaucoup plus virulent que le premier, n'introduise, dans le sang des animaux, des microbes capables de passer ensuite dans le sang de l'homme qui se trouverait faire entrer dans son alimentation la chair de ces animaux récemment vaccinés? Tel est le problème que nous pose notre correspondant, et comme nous étions inhabile à le résoudre, nous nous sommes adressé directement à M. Pasteur, dont chacun se plaît à reconnaître l'obligeance et la bonne foi scientifique.

L'illustre expérimentateur nous a répondu avec un empressement dont nous tenons à le remercier ici : que le fermier devait ne faire vacciner que les animaux qu'il se proposait de conserver; 2° que, dans le cas où un accident imprévu, une fracture de jambe par exemple, obligerait d'abattre un animal récemment vacciné, son avis était qu'il ne fallait pas le livrer à la consommation. L'importance de cette déclaration n'échappera à personne ; il est utile de la répandre et de la faire connaître à tous les intéressés, mais surtout aux médecins et aux vétérinaires qui, comme notre confrère, ne manqueront pas d'être souvent consultés à ce sujet, à mesure que se généralisera elle-même la méthode des vaccinations.

Nous aurions aimé à entretenir nos lecteurs de la réception de M. Pasteur à l'Académie française, à leur soumettre les réflexions que nous a suggérées la lecture de l'éloge que ce savant éminent a fait de Littré : malheureusement l'espace nous manque, et les développements qui sont consacrés, dans ce numéro, à la question des syndicats, nous empêchent de nous livrer à ce régal littéraire. En outre, le discours de M. Renan, dans lequel se trouve le véritable éloge de Littré, ou du moins celui que nous cherchions, nous donne tant de satisfaction que nous devons nous contenter d'en recommander la lecture à ceux qui n'en auraient pas encore pris connaissance : ils ne regretteront pas le temps qu'ils y auront consacré.

Nous nous permettrons cependant de faire une petite querelle à M. Pasteur. Avec la modestie qui est le propre des vrais savants, l'honorable

académicien a paru croire qu'il devait l'honneur qu'on lui faisait, plus aux services qu'il aurait rendus au spiritualisme, dans la question des générations spontanées, qu'à ceux bien autrement importants qu'il a rendus à la science et à la société; et naturellement il a fait au Positivisme son procès. Ainsi appelé à *faire de la métaphysique* et à parler de l'Infini, M. Pasteur déclare que, quand cette notion s'empare de l'entendement, il n'y a plus qu'à se prosterner. « Encore, à ce moment de poignantes angoisses, il faut demander grâce à sa raison : tous les ressorts de la vie intellectuelle menacent de se détendre; on se sent près d'être saisi par la sublime folie de Pascal. Cette notion positive et primordiale, le positivisme, l'écarte gratuitement, elle et toutes ses conséquences dans la vie des sociétés. » Nous ne voyons pas bien quelles peuvent être les conséquences de la notion de l'Infini dans la vie des sociétés; mais si vraiment cette notion est telle qu'elle menace de détendre tous les ressorts de notre vie intellectuelle, si surtout elle a été capable, comme il n'est que trop vrai, de conduire un Pascal du génie à la folie, sachons gré au positivisme de l'avoir écartée de l'esprit de notre grand Littré.

Pascal, cet homme d'une puissance de génie incomparable, est mort à la peine pour avoir voulu appliquer une méthode scientifique à des doctrines métaphysiques et religieuses : il y a perdu le calme et le bonheur de la vie; il y a perdu la raison: Littré, laissant de côté la recherche d'une solution impossible à trouver, a consacré aux plus nobles études une vie qui a été toute de travail, de vertu et de dévouement; — Pascal, à la fleur de l'âge, abandonne la science et renonce au monde pour mener une vie d'ascète, en proie aux visions les plus étranges; Littré remplit tous ses devoirs d'homme et de citoyen et, travaillant jusqu'à son dernier jour, il laisse après lui une œuvre considérable, qui fait notre admiration : lequel des deux a le mieux servi l'humanité? lequel s'est approché le plus du but véritable de la vie humaine? Voilà la question que nous posons à M. Pasteur. A notre avis, Voltaire avait bien raison d'écrire à S'Gravesande : « Pascal croyait toujours, pendant les dernières années de sa vie, voir un abîme à côté de sa chaise: pour moi, je vois aussi un abîme, mais c'est dans les choses qu'il a cru expliquer. »

Plus sage que Pascal, M. Pasteur n'est pas aussi éloigné qu'il le croit de la philosophie de Littré, puisqu'il dit, à un moment de son discours : « La science expérimentale est essentiellement *positiviste*, en ce sens que, dans ses conceptions, jamais elle ne fait intervenir la considération de l'essence des choses, de l'origine du monde et de ses destinées. Elle n'en a nul besoin. Elle sait qu'elle n'aurait rien à apprendre d'aucune spéculation métaphysique. » Littré n'a jamais dit autre chose; seulement ce que M. Pasteur n'applique qu'à la science expérimentale, Littré l'appliquait à la science en général.

Dr J. Geoffroy.

— A moins d'accident imprévu et tout à fait improbable, le *Rapport* de la COMMISSION DE RÉVISION DE LA LÉGISLATION paraîtra dans notre prochain numéro.

LES SYNDICATS

INSTRUCTION POUR L'ORGANISATION DES SYNDICATS.

INTRODUCTION

Le travail que l'on va lire : *considérations, formules, statuts*, etc., est l'œuvre de M. le Dr *Barat-Dulaurier*, assisté des *membres de la Commission*, qui utilise les divers documents qui ont été publiés dans le *Concours Médical*.

Nos confrères, qui voudront le mettre à profit, en vue de la *Création d'un syndicat*, n'auront qu'à s'adresser à l'*Administration du Concours*, ils recevront le nombre de *formules* et de *projets de statuts* dont ils déclareraient avoir besoin. Cet envoi sera absolument sans frais, la *Société du Concours Médical* les prenant à sa charge.

En publiant ce travail si consciencieux de notre distingué confrère nous tenons à faire observer à nos lecteurs que nous faisons certaines réserves sur des points de détail que nous discuterons ultérieurement. Il est bien évident, d'ailleurs, que chaque syndicat sera toujours libre de choisir ses statuts à son gré et de les approprier à ses convenances et à son but.

Commission générale des syndicats.

MM. Dr *Cauchy*, Délégué de la Société médicale du Nord-Est.
Dr *Chayron*, Délégué du syndicat de la Gironde.
Dr *Cassius*, Délégué du syndicat de Lot-et-Garonne.
Dr *Margueritte*, Délégué du syndicat du Havre.
Dr *Noir*, Président du syndicat de Brioude (Haute-Loire).
Dr *Mignot*, Délégué du syndicat de la Nièvre.
Dr *Mignen*, Président du syndicat de la Vendée.

Secrétaire de la Commission, Dr Barat-Dulaurier, *Vice-Président du syndicat de la Gironde.*

(Tous les dignitaires des syndicats, qui désireraient s'adjoindre à cette commission, sont invités à nous faire part de leur désir, comme l'ont fait les membres indiqués ci-dessus. Il est à souhaiter que chaque syndicat y soit représenté).

HISTORIQUE.

Quoique récente, la question a une histoire. Instroduite pour la première fois en 1880 par M. le Dr Margueritte, du Havre, dans le journal le *Concours Médical*, elle a été discutée depuis cette époque dans nombre d'autres publications médicales et dans presque toutes les *Associations de médecins*.

Ces discussions ont porté leur fruit; des syndicats se sont formés et fonctionnent; d'autres sont en voie de formation.

SYNDICATS EXISTANTS

25 mai 1881. Syndicat de la Vendée: Président, Dr Mignen, 40 membres.

21 juillet 1881. Syndicat du Havre: Président, X, 31 membres.

Août 1881. Syndicat de Lot-et-Garonne: Président, Dr Mouchet, 95 membres.

23 août 1881. Syndicat d'Indre-et-Loire: Président, Dr X, 99 membres.

1er Septembre 1881. Syndicat de la Dordogne, Gironde et Charente, Président, Dr Caussade 30 membres.

Septembre 1881. Syndicat de la Nièvre: Présidents, Robert-Saint-Cyr et Blandin, 38 membres.

15 septembre 1881. Syndicat du Finistère: Président, Dr Morvan, 48 membres.

Novembre 1881. Syndicat des Basses-Cévennes: Président, Dr de Darvieu: 30 membres.

19 octobre 1881. Syndicat de Brioude: Président, Dr Noir, 17 membres.

19 novembre 1881. Syndicat de la Haute-Saône: Président, Dr Maussire, 56 membres.

Décembre 1881. Syndicat de Rosoy-sur-Cere (Aisne): Président, Dr Gérard, 20 membres.

Novembre 1881. Syndicat de Bernay (Eure): Président, Dr Tissier, 11 membres.

Octobre 1881. Syndicat du Médoc: Président, Dr Rafaillac, 30 membres.

1882. Syndicat de Saint-Amand (Cher): Président, Dr Bonnichon, 16 membres.

1882. Syndicat de la Charente: Président, Dr X, 13 membres.

1882. Syndicat de Montpellier: Président, Dr Pecholier.

1882. Syndicat de la Réole (Gironde): Président, Dr X, 22 membres.

On signale la formation d'autres syndicats dans l'Ain, les Deux-Sèvres, dans la Gironde: (à Bordeaux et à la Réole); dans le Var, (Draguignan); dans le Rhône (à Lyon), la Loire-Inférieure, le Nord, etc...

UTILITÉ DES SYNDICATS.

Le corps médical doit trouver, dans leur établissement, le moyen assuré de provoquer, grâce aux principes généraux et aux règles générales de conduite qu'ils préconisent, l'union d'efforts sans laquelle toutes les initiatives privées sont forcément stériles.

Leur utilité est démontrée par l'exposition faite tant de fois des difficultés que le médecin doit surmonter dans sa carrière, sous peine de déchoir. La loi est impuissante à le protéger contre l'exercice illégal; la répartition vicieuse des postes médicaux engendre une désastreuse concurrence; celle-ci, de même que l'accroissement du prix de toutes choses, rend les honoraires absolument insuffisants dans nombre de régions; le médecin, forcé de constater cette insuffisance, déploie une telle activité physique que sa valeur intellectuelle s'amoindrit nécessairement par le défaut de loisirs; il est parfois réduit (ce qui ne devrait jamais avoir lieu) à recourir à la justice pour percevoir le prix de ses veilles laborieuses; la sécurité du salaire insuffisant que lui attribuent les administrations et les sociétés le pousse à l'accepter quel qu'il soit.

Tels sont les résultats du défaut de solidarité et d'union.

A peine entré dans la carrière, le jeune médecin sent autour de lui un isolement qui ne fera que s'accentuer davantage. Il ne recontre guère d'autres confrères que ceux dont les intérêts particuliers sont sur le même terrain que le sien et, comme on ne veut guère voir au delà des préoccupations du moment, il en résulte toujours une certaine froi-

deur. Puis ce sentiment devient de l'égoïsme, à mesure qu'on s'isole un peu plus.

Ces tendances seront habilemement exploitées par le public qui manque rarement de susciter ces petits froissements qui deviendront parfois des haines profondes et irrémédiables. Qu'aurait-il fallu le plus souvent pour éviter cela? Oh! bien peu de chose : quelques mots de loyale explication auraient suffi. Le confrère qu'on accuse, et dont on se croit en droit de se plaindre, ignore bien souvent jusqu'à la cause de cette discorde et certainement regrettera une rupture dont chacun aura à souffrir. Mais comment provoquer une explication et opérer un rapprochement? C'est là que le syndicat sera avantageux; avec ou sans l'intervention de ses membres, souvent par une simple conversation, le différend sera aplani.

C'est à peine si, dans l'état actuel, chacun de nous connaît cinq ou six confrères avec lesquels il n'a souvent que les relations les plus banales. Ce n'est pas en continuant à suivre cette voie que le médecin pourra jamais prétendre conquérir la considération et l'influence auxquelles il a droit. Ce qui nous manque le plus et ce qu'il est avant tout important de développer, c'est l'esprit de corps et de solidarité.

Voyons ce qui se passe autour de nous et prenons quelques exemples.

Les industriels et les commerçants ont leurs chambres syndicales qui sont plus spécialement chargées de sauvegarder les intérêts généraux de la corporation, tant vis-à-vis de l'administration que vis-à-vis du public. Quand une loi intéressant une corporation est élaborée, les délégués des chambres syndicales sont appelés, écoutés par les législateurs et les ministres; et souvent, le plus souvent, on tient compte de leurs avis. On peut bien espérer que parmi les très nombreux représentants que le corps médical compte dans les Chambres, aucun n'oubliera la famille à laquelle il appartient.

Les notaires, les avoués, les avocats ont aussi leur Chambre pour veiller à tout ce qui touche aux intérêts matériels et moraux de la profession en général, et de chacun de ses membres en particulier.

Les anciens élèves des écoles spéciales, école de Saint-Cyr, école des mines, école des ponts-et-chaussées, école polytechnique, possèdent un esprit de corps qui fait des *Chers camarades* une puissance à laquelle on résiste bien un peu parfois, mais devant laquelle on finit presque toujours par s'incliner.

N'avons-nous pas aussi, nous médecins, un autre exemple sur lequel nous pouvons plus spécialement méditer? Voyez la pratique suivie journellement par les ecclésiastiques : tout leur est prétexte pour se réunir souvent, se visiter, faire des conférences, se concerter sur ce qui les intéresse? C'est ainsi qu'ils maintiennent cette discipline sévère, cet admirable esprit de suite qui fait leur force; c'est ainsi qu'ils luttent sans trop de désavantage pour conserver cette influence prépondérante qui, pendant tant de siècles, leur a permis de diriger les générations et dont l'esprit moderne tend à leur arracher chaque jour une part (1).

Voilà les puissances du siècle : voilà les favoris de la fortune et des honneurs.

Eh bien! Il ne tient qu'aux médecins d'avoir leur part de cette puissance et d'exercer partout, je dis PARTOUT, une action considérable, je devrais dire prépondérante. Tout le monde, en effet, tient à la vie, et les plus sceptiques en paroles, les plus frondeurs ne sont pas ceux qui se passent volontiers de notre concours, quand la maladie vient les frapper. Autant ils ont mis de légèreté ou de malice à aiguiser contre nous leur verve et leur causticité, autant ils deviennent dociles au moment du danger.

Mais, pour arriver au résultat tant souhaité pour tous, quelle est donc la voie que nous devons suivre? Nous devons nous unir, nous entendre; nous devons devenir solidaires les uns des autres. Le chemin nous est tout tracé, nous devons créer des syndicats. Aucun médecin n'a de raison sérieuse de ne pas en faire partie.

Dans les grandes villes, parmi les favoris du mérite, de la fortune ou des circonstances, que le public qualifie de *Grands Médecins*, il pourra s'en rencontrer qui trouveront inutile de s'occuper des autres. Nous regretterions de les voir s'isoler dans un égoïsme peu honorable.

Dans les campagnes, quelques-uns de ceux qui ont vieilli dans le métier, hésiteront sans doute. Ils sont bien excusables! Ils ont éprouvé tant de déceptions et recueilli tant d'ingratitude que le découragement les a gagnés. A ceux-ci nous dirons : « Venez à nous; votre expérience nous sera un guide précieux. »

Et ils viendront grossir nos rangs; et en échange des bons conseils qu'ils donneront aux jeunes, ceux-ci leur communiqueront comme un regain de ces illusions et de ces espérances qui paraissaient s'être à jamais évanouies pour eux.

Nous ne voulons point prétendre que la création d'un syndicat dans une région y ramènera l'âge d'or. Il se trouvera malheureusement encore des individualités brouillonnes ou incorrectes qui feront tache. Mais elles seront en bien petit nombre, et ce nombre tendra chaque jour à décroître, à mesure que les bienfaits de la solidarité se feront sentir. Dans aucun cas, le voisinage de quelques récalcitrants ne saurait empêcher les autres médecins de se concerter et d'agir d'un commun accord.

Si les médecins qui pratiquent depuis longtemps, et dont la situation est solidement assise, peuvent

(1) Sans doute, ainsi que le fait remarquer le docteur MAUSSIRE, de Vesoul, les situations ne sont pas les mêmes, car les ecclésiastiques obéissent à un ordre formel de leurs supérieurs hiérarchiques. Mais si l'observation d'une règle de conduite imposée par une volonté extérieure et supérieure produit des résultats aussi merveilleux, à plus forte raison, ces résultats devront-ils être plus remarquables, si cette règle de conduite est librement consentie et commandée uniquement par l'intérêt de chacun des membres de la corporation.

trouver des avantages dans l'établissement des syndicats, il en sera, à plus forte raison, de même des nouveaux venus. Ils seront heureux, aux heures des difficultés, de trouver, dans leurs aînés, des amis qui sauront relever leur courage défaillant.

Au surplus, nous n'hésitons pas à affirmer que les nouvelles générations médicales s'engageront résolument dans les voies tracées par le *Concours*. Nous en avons eu la certitude le jour où, dans une de nos réunions, nous avons eu la satisfaction de voir se grouper autour de nous un nombre considérable de jeunes médecins. Qu'ils persévèrent, et nous leur promettons que plus tard ils recueilleront les avantages de leur entente et de leur action collective.

Deux objections viennent ici se présenter à l'esprit et ne manqueront pas d'être élevées par un crtain nombre de timides et même des meilleurs esprits.

PREMIÈREMENT : Pouvons-nous nous constituer en syndicats (1)?

DEUXIÈMEMENT. La seconde objection qui nous est faite nous vient des adhérents de l'Association générale des médecins de France. La question nous paraît absolument vidée après la lettre publiée par le Dr Dard, dans le *Concours* du 28 janvier dernier, et ce n'est que pour répondre aux scrupules que nous ont exprimés quelques confrères que nous tenons à nous expliquer une dernière fois sur ce qui n'a pu être qu'un malentendu.

(1) Voici à ce sujet la réponse faite par le conseil judiciaire du *Concours* au Dr MAUSSIRE :
« Au point de vue légal, tout ce qui n'est pas dé-« fendu par des lois pénales ou de sûreté publique est « permis, et il n'y a aucune assimilation à faire entre « réunion de confrères discutant, dans un local choisi « par eux en suite de convocation pour un jour dé-« terminé, les choses de leur profession et des réu-« nions de la nature de celles qui peuvent être sou-« mises aux nécessités d'approbation préalable ou de « censure de la police. — Pourquoi? Parce que les « premières sont de véritables réunions privées, par-« faitement libres quand il s'agit d'intérêts politiques, « à plus forte raison lorsque le débat a un caractère « individuel.
« Mais il faut aller plus loin : les associations syn-« dicales sont permises et autorisées, et, si le législa-« lateur n'a été jusqu'à présent saisi que d'associa-« tions ayant trait à des œuvres spéciales, industrielles, « agricoles, commerciales, il n'en est pas moins exact « et juridique de dire que la dernière loi qui régit « les associations de cette nature (21 juin 1865), émet « des principes généraux applicables à toute espèce « d'association, et qu'il suffit d'en suivre les prescrip-« tions pour arriver à une constitution légale de l'as-« sociation médicale. »
D'ailleurs la loi actuellement pendante devant les Chambres et relativement aux syndicats ne saurait tarder à être votée et ce que quelques-uns pourraient considérer comme une simple tolérance sera bientôt un droit indiscutable.

On a cru que l'œuvre des syndicats ne pouvait se concilier avec l'œuvre de l'Association. On a pensé que les premiers pourraient diminuer la légitime influence qu'exerce depuis de longues années cette bienfaisante institution.

Il nous suffirait, pour détruire cette objection, de citer l'art. 11 des statuts du syndicat médical de Montaigu (Vendée), le plus ancien de ceux qui existent en France. Cet article est ainsi conçu : « Les membres du syndicat s'engagent d'honneur à faire partie de l'Association générale des médecins de France... »

Loin de chercher à diminuer l'œuvre de l'*Association*, les syndicats doivent en être, en quelque sorte, le complément nécessaire.

Il ne saurait convenir, en effet, à l'Association générale d'entrer dans les mille détails des misères qu'a à subir le praticien en lutte constante avec les difficultés de chaque jour. Elle exerce son influence dans une sphère différente, et elle reste et doit rester œuvre de moralisation et de bienfaisance, en vertu de ses statuts.

Aux syndicats, par conséquent, incombe le rôle, assez chargé du reste, de s'occuper de tous les détails de la pratique médicale. Ils nous aideront à vivre en bonne intelligence avec nos confrères; ils nous permettront d'élever le chiffre de nos honoraires en rapport avec les facultés de nos clients et l'augmentation croissante du prix de toutes choses; ils nous mettront en situation de lutter avec succès contre l'envahissement de la carrière médicale par tous ceux qui pratiquent l'exercice illégal, quelle que soit la dénomination sous laquelle ils cherchent à s'abriter. Ils doivent, en un mot, rester œuvre militante, institution de défense professionnelle.

En nous plaçant et nous maintenant sur ce terrain, nous avons la certitude que le président de l'Association générale des médecins de France, l'honorable M. H. Roger, ne nous refusera pas ses sympathies.

Il ne faut point se faire illusion, cependant, et croire que la création d'un syndicat soit œuvre excessivement simple. De nombreuses difficultés se présenteront, en effet, dans la pratique, et on verra bientôt que la règlementation écrite est toujours la chose la plus facile. Nous engageons vivement nos confrères à ne se laisser rebuter par aucune des petites déceptions qui pourront se présenter. Le temps et la pratique aplaniront les obstacles. Nous voulons surtout les prémunir contre les entraînements du premier jour. Ils ne devront avancer que lentement, prudemment, en sondant le terrain. Ils devront surtout s'abstenir, avec le plus grand soin, des manifestations bruyantes et d'une publicité exagérée.

« Je suis convaincu du succès des syndicats, « dit le Dr Margueritte, du Havre, à la condition « d'une *agitation tranquille*, d'une agitation mo-« dérée, sans fracas de statuts, de publicité, et « surtout en sachant user de la force d'inertie, « en sachant nous refuser. » Nous ne saurions trop insister sur ces judicieuses paroles et nous souhaitons que chacun en fasse son profit. On

évitera ainsi ces discussions trop retentissantes provoquées sans motif suffisant, et à la suite desquelles les membres les plus zélés et les plus considérés du syndicat se verraient en proie à l'animadversion du public. « Beaucoup de syndicats pécheront par précipitation et plusieurs y périront, etc... » (Dr Cauchy.)

Ainsi les premières réunions devront surtout être consacrées à établir l'union si désirable des membres du syndicat sur le terrain des intérêts communs. Les statuts sortiront tout naturellement comme fruit de l'expérience. Ceux que nous offrons sont en quelque sorte l'extrait de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour et qu'une certaine durée a déjà consacrés. Il est vraisemblable que la pratique y introduira de nouvelles modifications, mais les grands traits pourront être maintenus. Quant aux règles de Déontologie médicale, elles s'imposeront en quelque sorte par la marche toute naturelle des choses. Elles seront d'autant plus faciles à établir que les membres du syndicat se connaîtront déjà, grâce aux premières réunions, et découleront toutes de ce grand précepte: « Conduisez-vous vis-à-vis de vos confrères comme vous désirez qu'ils se conduisent à votre égard. »

On devra aussi, dans les règlements établis, se garder de recourir, sans graves motifs, aux peines disciplinaires. Elles éloigneraient bien vite un certain nombre de membres et pourraient entraîner le discrédit et la ruine de l'institution. Ces considérations sont une sérieuse raison pour toujours choisir, comme président, le médecin qui, par son honorabilité irréprochable et la facilité de ses relations, sera le plus apte à exercer une grande influence morale sur ses confrères. C'est pour le même motif que nous pensons que la fatalité des règlements ne doit pas obliger, chaque année, à enlever à celui qui, peut-être, en est le plus digne, le poste d'honneur auquel l'a élevé la confiance de ses pairs. D'ailleurs, la présidence exige, en même temps que beaucoup de tact et de délicatesse, une grande autorité de persuasion.

Quant aux amendes, elles devraient plutôt être considérées comme des *indemnités* allouées à la communauté que comme des pénalités. Ainsi l'absence aux réunions sans motif plausible, doit entraîner le versement d'une indemnité, car l'absent profitera du travail et des frais de déplacement que se sont imposés ses co-associés : il s'agira dans ce cas d'une véritable restitution. De là il découle que la maladie ou l'accident doivent seuls être considérés comme excuses légitimes.

Les rapports des syndicats avec les administrations relevant de l'Etat ou des villes devront être toujours empreints de la plus grande déférence ; mais c'est aussi vis-à-vis d'elles que les questions des principes, les discussions de légitime rémunération des services publics devront être fermement maintenues. Dans ces circonstances les syndicats n'auront pas à s'inspirer des sentiments de concession qui sont la règle du médecin vis-à-vis de ses clients : ils auront à soutenir énergiquement les exigences légitimes que leur inspireront les réclamations du corps médical de leur région. Ils auront toute autorité pour faire triompher leur manière de voir, notamment lorsqu'ils réclameront contre l'insuffisance des traitements fixés depuis longtemps. C'est ainsi qu'ils pourront aborder, avec les autorités, le règlement des questions relatives à l'assistance médicale dans les campagnes, aux bureaux de bienfaisance, au service de la vaccine, etc., etc.

Dans leurs rapports avec les représentants de la justice, les membres de syndicats devront user des plus grands ménagements. Ici tout est en effet prévu par des lois et des règlements auxquels il ne nous est pas toujours facile de nous soustraire. Mais au moins les syndicats auront une autorité morale suffisante pour demander et obtenir la révision d'une législation surannée. Une fois constitués en grand nombre ils pourront dresser ce que nous appellerons les cahiers de leurs revendications et les poursuivre devant la représentation nationale.

Quant aux *sociétés de secours mutuels*, nous connaissons tous le préjudice qu'elles portent parfois à la pratique médicale. Nous savons aussi que, dans bien des localités, c'est une puissance avec laquelle il faut compter. Formulant un vœu qui n'a point prévalu, le Dr Surmay voulait « qu'à « l'avenir les médecins ne consentissent à aucun « arrangement avec les sociétés, mais qu'ils ne « vissent, dans les malades quels qu'ils fussent, « qui s'adresseraient à eux, que de *simples clients*, « envers qui ils useraient des habitudes adoptées, « sans savoir s'ils appartiennent ou non à une so- « ciété de secours mutuels. » Il sera bien difficile d'atteindre ce résultat, mais on pourra toujours supprimer le régime des abonnements qui n'est pas digne du médecin et exiger que les honoraires attribués aux médecins représentent une moyenne acceptable.

Dans le cas où les honoraires médicaux n'atteindraient pas ce taux, les syndicats devraient rechercher les moyens les plus pratiques pour les y élever.

Si une société de secours mutuels admet parmi ses associés des personnes notoirement en état de payer intégralement les honoraires du médecin, ils pourront réclamer la radiation de ces personnes et, si la société s'y refuse, rompre avec elle.

Dans le cas où un médecin étranger au syndicat accepterait de se substituer aux médecins qui auraient cessé le service : 1° le président du syndicat priera le médecin étranger de venir conférer avec lui. 2° En cas de non réponse, il fera seul ou de concert avec les syndics, une démarche personnelle auprès du médecin étranger au syndicat. — 3° En cas de non accord, le nom de ce médecin serait signalé à tous les confrères de la région, syndiqués ou non, avec récit des circonstances de la cause.

Afin de maintenir et de développer l'esprit de corps parmi les membres du syndicat, il sera bon d'adopter les moyens qui pourront le mieux les mettre souvent en contact les uns avec les autres. Les réunions devront donc être assez fréquentes sans toutefois devenir pour chacun une source de dépenses qui ne serait pas en rapport avec le modeste budget du praticien. C'est pour cela que la division en circonscriptions restreintes ou *cercles* nous a paru avantageuse. Les adhérents qui les composeront devront se voir souvent et préparer les questions qui, plus tard, seront soumises aux assemblées générales.

Les assemblées générales, toujours plus dispendieuses et plus gênantes, devront être plus rares et se tenir, autant que possible, dans un lieu central et d'un accès facile pour tous. Leur nombre ne devra pas dépasser deux et souvent une seule suffira.

Ce n'est pas dans les quelques heures consacrées à une séance où ne seront discutées que les questions professionnelles (1), que les liens d'union et de solidarité pourront bien se resserrer. Il est une pratique qu'il est indispensable d'établir : c'est celle qui consisterait à réunir, lors de l'assemblée générale, tous les membres du syndicat en un banquet. Ce moyen, préconisé par le Dr Cauchy et déjà mis en pratique par un certain nombre de *syndicats*, nous paraît on ne peut plus propre à faciliter la bonne entente parmi les membres de l'association. C'est là que s'ébaucheront des relations nouvelles, et le jeune médecin ; au bout d'un certain temps d'isolement, sera heureux d'y retrouver des gens de son étoffe. Le vieux praticien y fera échange, avec les jeunes, de confidences, de souvenirs et s'en ira avec le désir de se retrouver dans ce milieu réconfortant où il aura l'occasion, malheureusement bien rare pour lui, de tout dire avec la certitude d'être compris à demi-mot.

Et pour obliger, en quelque sorte moralement, chacun à assister à ce repas, les frais devront être faits par l'association tout entière et soldés par la caisse du *syndicat*. Cela est d'autant plus facile à obtenir qu'il suffirait d'augmenter dans de très-faibles proportions les cotisations de chaque membre, et que les dépenses générales de l'association seront toujours peu considérables.

Il est utile, en terminant ces considérations générales, d'indiquer une manière de procéder, pour éviter les pertes de temps, lors de la première réunion de médecins désireux de créer un syndicat. Voici ce que nous proposons :

(1) Tout ce qui est étranger aux questions professionnelles doit être soigneusement banni des discussions. Les syndicats ne doivent point se confondre avec les sociétés savantes. Ils n'aborderont donc que les questions, bien assez délicates du reste, qui touchent aux luttes que nous soutenons chaque jour. On devra laisser à la porte des salles de réunion tout esprit de parti politique ou religieux et se souvenir qu'il ne reste en présence les uns des autres que des médecins réunissant leurs forces, mettant leurs lumières en commun pour étudier et résoudre les questions auxquelles tous ont un égal intérêt.

1° La *présidence* est dévolue, soit au plus âgé des membres qui sont présents, soit au plus âgé des médecins qui ont pris l'initiative de l'œuvre. Cette dernière manière d'agir nous paraît plus logique et permettra de donner une direction plus sûre aux travaux de la séance.

2° Le plus jeune des membres présents prend place au bureau comme *secrétaire*.

3° Le président fait donner lecture des noms des adhérents présents, des noms des fondés de pouvoir ; enfin des noms des signataires des lettres d'adhésion.

4° Après avoir fait connaître les considérations qui militent en faveur de l'établissement d'un syndicat, il fait lire, s'il est en mesure, un projet d'organisation générale.

5° Il invite l'assemblée à nommer un *Bureau définitif* qui devra comprendre un *président*, un *vice-président*, un *secrétaire-trésorier*, et un certain nombre de *syndics*, ainsi qu'il est indiqué au projet des statuts que nous avons élaboré. On pourra désigner, pour ces diverses fonctions, des membres absents ayant donné leur adhésion.

Le président fera observer que les fonctions de secrétaire, surtout dans les premières années, seront assez délicates à remplir; il insistera sur la nécessité de désigner celui que ses aptitudes et son dévouement aux intérêts généraux indiqueront d'une façon plus spéciale.

6° Le bureau constitué, le président d'âge cède le fauteuil au président définitif, et si les membres sont assez nombreux, on commencera la discussion du projet de règlement.

Il arrivera probablement que, plus d'une fois, dans la séance de début, on ne se trouvera pas en nombre pour nommer les syndics des cercles. La nomination en serait faite en réunion particulière par chaque cercle respectif, sur convocation spéciale du doyen d'âge du cercle. Les membres ainsi désignés présideront les réunions ultérieures de leur cercle, et prendront place au bureau des assemblées générales.

FORMULE D'INVITATION A FAIRE PARTIE D'UN SYNDICAT EN FORMATION.

Monsieur et honoré confrère,

Vous connaissez, assurément, le puissant effort qui se fait depuis déjà quelque temps, grâce à l'initiative de la société du *Concours médical*, pour unir en un faisceau l'action individuelle des médecins qui poursuivent, par de justes réformes apportées à l'exercice de leur art, une légitime amélioration à l'état présent de la pratique médicale.

Tandis que les conditions matérielles de la vie s'aggravent constamment dans des proportions considérables, le médecin voit chaque jour sa situation devenir plus pénible. Le public, en effet, se montre sans cesse plus exigeant à notre égard; les diverses collectivités, les sociétés coopératives, sous quelque forme qu'elles se présentent, les différentes administrations font appel, à l'envi, à notre dévouement. D'un autre côté, les magistrats ne paraissent se souvenir de nous que pour nous obliger à courber la tête sous le joug d'une législation d'un autre âge, mais ils oublient de nous protéger contre l'exercice illégal qui, sous mille travestissements, envahit la carrière médicale.

C'est contre cet état des choses, tendant chaque jour à empirer, que nous croyons nécessaire de réagir énergiquement et qu'il nous paraît indispensable d'unir tous nos efforts. Comme nous, vous devez être convaincu que c'est seulement par une entente confraternelle et un dévouement sincère à tous les intérêts professionnels, que nous arriverons à sauvegarder notre situation.

Vous voudrez bien remarquer que notre but n'est pas le même que celui de l'Association générale des médecins de France, institution de secours mutuels, éminemment utile, mais incapable, d'après ses statuts, de prendre, en faveur des membres du corps médical, les mesures journalières qui les défendraient contre les difficultés de leur profession.

Nous espérons donc que vous voudrez bien vous joindre à nous pour la création d'un SYNDICAT *complément de l'Association générale, mais œuvre locale*, qui devra s'inspirer, avant tout, des besoins de la région et qui, plus tard, pourra, s'il est nécessaire, s'agréger aux syndicats déjà formés pour soutenir, en commun, les intérêts du corps médical.

Si vous partagez nos sentiments, nous vous prions de vouloir bien nous faire parvenir, par retour du courrier, la formule d'adhésion ci-jointe, revêtue de votre signature, et, aussitôt que nous aurons reçu un nombre d'adhésions suffisant, une réunion sera convoquée pour discuter un projet de statuts.

Agréez, monsieur et honoré confrère, l'assurance de notre dévouement.

Pour le syndicat en formation.

MM. .... médecins à ....

INVITATION A FAIRE PARTIE D'UN SYNDICAT DÉJA FORMÉ.

S'il existe déjà un syndicat dans la région, la même formule pourra être adressée aux confrères qui n'en font pas encore partie, en remplaçant les deux derniers alinéas par les suivants :

Nous espérons donc que vous voudrez bien vous joindre à nous et donner votre adhésion à notre syndicat dont les bons résultats deviennent de jour en jour plus appréciables.

Si vous partagez notre manière de voir, nous vous prions de revêtir de votre signature la formule d'adhésion ci-jointe que vous adresserez à M. le docteur X. à X. secrétaire de notre syndicat.

Agréez, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de notre dévouement.

Les membres du bureau du syndicat de X.

CONVOCATION A UNE PREMIÈRE RÉUNION.

Monsieur et honoré confrère.

Le nombre d'adhésions à la formation d'un syndicat est en ce moment suffisant pour que la première réunion puisse avoir lieu.

En vous remerciant d'avoir répondu à notre appel confraternel, nous venons vous prier de vous rendre à (*lieu de réunion*) le courant à heures.

Si vous étiez empêché, veuillez confier votre pouvoir à l'un de vos confrères, ou, à défaut, nous adresser une lettre d'adhésion *provisoire* aux décisions de de l'assemblée.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, nos salutations confraternelles.

Pour le syndicat en formation,

Signatures

Ordre du jour. — Présidence du plus âgé des signataires de la provocation à la formation d'un syndicat.

1° Lecture des considérations en faveur de la formation d'un syndicat.

2° Projet de statuts.

3° Formation du bureau définitif.

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (*noms, prénoms et qualités*) médecin à (*date du diplôme*) domicilié à déclare donner mon adhésion à la formation d'un *syndicat médical* dans le (*département, arrondissement ou canton*) de

Je m'engage à y prêter mon concours, en assistant à la prochaine réunion qui établira les bases des statuts. En cas d'empêchement, je me ferai représenter par un confrère ou enverrai par lettre mon adhésion provisoire aux décisions qui seront prises dans la réunion.

à le 188

Signature.

FORMULE DE POUVOIR.

Je donne, par la présente, pouvoir à mon confrère M.
de me représenter à la réunion médicale du courant, à et d'y discuter et voter en mon nom les statuts d'un syndicat médical à consiituer.

à le 188

Signature.

PROJET DE STATUTS.

AVANT-PROPOS.

Le projet de statuts que nous offrons aux méde-

cins désireux de fonder des syndicats nous paraît assez large pour pouvoir être adoptés partout. Ce n'est pas à dire qu'il ait résolu toutes les questions qui pourront se présenter. Loin de là : il en est qu'il n'a pas même dû effleurer. Mais il faut observer que, parmi ces questions, un certain nombre ne pourront trouver de solution pratique que beaucoup plus tard, quand les syndicats constitués auront fonctionné pendant un laps de temps qui leur donnera une véritable autorité morale.

Ces syndicats pourront utilement intervenir auprès des pouvoirs publics pour leur demander l'abrogation de lois et règlements surannés et pour les obliger, en quelque sorte, par leur action morale, à nous accorder dans l'exercice de notre art, la protection que l'Etat nous doit en retour des obligations qu'il nous impose.

Aussi, n'avons-nous pas cru devoir aborder, dans notre projet, les questions des rapports du médecin avec les *parquets*, avec *l'assistance publique*, *l'inspection des enfants assistés*, *l'exercice illégal de la médecine*, etc. etc. Avant tout nous devons nous unir, nous solidariser et, quand notre entente sera établie, notre action sera irrésistible.

Nous n'avons pas voulu introduire dans ce travail un projet de tarif d'honoraires. On comprend, en cet effet, que les chiffres doivent être en rapport avec les ressources des localités. Dès lors, chaque groupe devra adopter des règles qui lui seront particulières. La *Commission* sera toujours disposée à fournir tous les renseignements qu'on pourra lui demander. L'essentiel est, que les médecins du même groupe adoptent les mêmes bases pour fixer les sommes à réclamer et pour en opérer le recouvrement.

D'ailleurs le *Concours* entend rester sur la brèche et se maintenir au premier rang des défenseurs de nos intérêts professionnels. Il n'oubliera pas qu'initiateur du *grand mouvement de syndication* qui se produit partout (1) en ce moment, il doit continuer l'étude de toutes les questions qui touchent au bien-être matériel et à la situation morale du corps médical, et faire connaître, en leur temps, les solutions que lui suggéreront les travaux de ses collaborateurs.

STATUTS.

FONDATION DU SYNDICAT.

ART. 1. — Entre les médecins soussignés et tous ceux qui, par la suite, adhéreront aux présents statuts, il est formé une société civile sous la dénomination de « Syndicat médical de... »

(1) Les médecins Belges, particulièrement, ont déjà commencé à nous suivre dans cette voie.

ART. 2. — Le siège du syndicat est à...

ART. 3. — Sa durée est illimitée.

BUT DU SYNDICAT.

ART. 4. — Le syndicat a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les médecins de la région, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement;

2° De rendre leurs relations aussi faciles que possible, en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous ;

3° De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever, soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits;

4° D'améliorer la situation, tant individuelle que collective, des membres qui le composent :

A. — Par l'établissement d'un *tarif minimum* pour les visites, opérations et soins divers donnés par le médecin;

B. — Par l'adoption d'une règle de conduite uniforme vis-à-vis des pouvoirs publics, sociétés de Secours mutuels, bureaux de bienfaisance, médecine cantonale, enfants assistés, etc., etc.;

C. — Par l'envoi régulier de notes d'honoraires libellées sur le même modèle;

D. — Par le mode identique de recouvrement des honoraires;

5° De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que leur confère la loi :

6° De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des jeunes confrères qui en feront la demande;

7° D'entrer en relations suivies avec les autres syndicats formés dans le même but.

COMPOSITION DU SYNDICAT.

ART. 5. — Le syndicat se compose de tous les médecins habitant la région qui ont déjà adhéré ou qui adhéreront par la suite aux présents statuts en prenant l'engagement d'honneur de s'y conformer.

Les adhésions sont constatées par les signatures des membres du syndicat apposées, par rang d'ordre, sur le registre de l'association.

ART. 6. — L'adhésion pourra être donnée provisoirement par lettre adressée au Président.

L'admission définitive devra être ratifiée par l'assemblée générale, à la majorité des membres présents.

ART. 7. — La candidature du postulant sera discutée hors de sa présence ; les bulletins de vote ne devront comporter que la mention « *Oui* » ou « *Non*. »

ART. 8. — Devront seuls être exclus les médecins convaincus de faits qui entachent l'honneur

de l'homme ou qui compromettent la dignité professionnelle.

Art. 9. — L'admission prononcée, le nouvel adhérent sera invité à apposer sa signature sur le registre indiqué à l'article 5 ci-dessus.

Art. 10. — Le syndicat pourra, si l'assemblée le juge nécessaire, être divisé en un certain nombre de circonscriptions ou cercles destinés à faciliter les relations et à étudier les questions d'intérêt particulier.

ADMINISTRATION, FONCTIONNEMENT.

Art. 11. — Le syndicat sera administré par une Chambre syndicale composée ainsi qu'il suit :

1° Un *Président;*

2° Un *Vice-Président* ;

3° Un *Secrétaire-Trésorier,*

4° Des *Syndics* désignés à raison de un par cercle et, s'il n'existe pas de cercles, à raison de un par dix membres.

Art. 12. — Le *Président*, le *Vice-Président* et le *Secrétaire-Trésorier* sont nommés en assemblée générale à la majorité absolue des membres présents, au scrutin secret et par bulletin uninominal.

Art. 13. — Les syndics sont nommés par leurs cercles respectifs, au scrutin secret, à la majorité absolue.

Dans le cas où il n'existerait pas de cercles, ils seraient nommés en assemblée générale et au scrutin de liste.

Art. 14. — Les membres de la Chambre sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

DE LA CHAMBRE SYNDICALE.

Art. 15. — La chambre syndicale forme en quelque sorte un tribunal d'honneur auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués ; ses décisions sont obligatoires, sauf recours à l'assemblée générale qui statue définitivement.

Art. 16. — La Chambre étudie les questions professionnelles qui lui sont indiquées, et soumet ses conclusions à l'assemblée générale, qui prend les décisions les plus avantageuses à l'association.

Art. 17. — La Chambre syndicale devra se mettre en rapport avec les autres syndicats, soit pour s'éclairer mutuellement, soit pour soutenir en commun les intérêts du corps médical.

Elle se réunit, sur l'invitation du Président, toutes les fois que des circonstances graves l'exigent.

Art. 18. — En cas d'inobservation des statuts ou en cas de conflit, elle applique, par l'organe du Président, l'admonition, le blâme simple, le rappel au règlement, sauf, pour les cas très graves, à provoquer une peine disciplinaire plus sévère infligée par l'assemblée générale, ainsi qu'il sera expliqué plus loin (art. 33.) (1).

DES REUNIONS.

Art. 19. — Il y aura chaque année deux réunions générales tenues à.....

Art. 20. — Les réunions de cercles auront lieu tous les trois mois. Elles sont présidées par le syndic.

Art. 21. — Les invitations aux réunions générales seront faites au moins huit jours à l'avance par les soins du secrétaire-trésorier au nom du Président.

Les invitations aux réunions de cercle seront faites également huit jours à l'avance par le syndicat.

Art. 22. — L'assistance aux réunions est obligatoire pour tous les membres syndiqués.

Art. 23. — Tout sociétaire, qui ne peut assister aux séances, s'excuse par lettre et donne à un confrère le pouvoir de le représenter.

Art. 24. — Le sociétaire qui, absent, et sans motif valable se fait représenter, doit à la Caisse, à titre de soutien, la somme de ....

Celui qui ne se fait pas représenter doit au même titre la somme de .... (2).

Art. 25. — Les seuls cas admis sont ceux de force majeure, d'accidents arrivés au sociétaire ou de maladie. Peuvent être dispensés, pour raison d'âge, les médecins âgés de plus de soixante ans.

Art. 26. — Des réunions extraordinaires pourront, dans les cas très-graves, être provoquées par le Président, sur l'avis de la chambre. Les lettres de convocation devront faire mention de l'objet de la réunion.

Art. 27. — Le Président représente la Société en toutes circonstances, spécialement vis-à-vis des pouvoirs publics.

Art. 28. — Il est chargé de la direction des débats et du maintien de l'ordre dans les réunions. En cas d'absence ou d'empêchement, il est remplacé par le vice-président ou par le plus âgé des syndics.

Art. 29, — Dix minutes avant la fin de chaque séance, le Président arrêtera toutes discussions et fera un résumé des travaux du jour. Il proposera l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Art. 30. — Le secrétaire est chargé de rédiger un procès-verbal de chaque réunion. Ce procès-verbal sera inscrit sur le registre du Syndicat et visé par le Président.

Art. 31. — Au début de chaque séance, sur l'invitation du Président, le secrétaire donne lecture du compte-rendu sommaire de la précédente réunion et fait connaître l'ordre du jour.

(1-2) Le *Concours* discutera ces articles.

Art. 32. — Le secrétaire-trésorier encaisse les fonds du Syndicat ; il en solde les dépenses. Chaque année, à la réunion générale de..., il rendra compte de sa gestion et de l'état de la caisse.

Art. 33. — L'assemblée générale a seule le droit de prendre des décisions intéressant le syndicat. Elle seule a le droit, sur l'avis motivé de la chambre, après avoir entendu les intéressés, d'appliquer la censure, l'amende ou la radiation et l'exclusion.

Art. 34. — Tous rapports médicaux avec les membres exclus sont formellement interdits.

Art. 35. — L'assemblée décide l'impression et la publication de tous documents qu'elle jugera nécessaires.

Elle règle chaque année l'emploi des fonds disponibles.

Elle vote à la majorité des membres présents les modifications reconnues nécessaires au règlement.

Art 36. — Lorsqu'un nouveau médecin viendra s'établir dans la région, le Président, aussitôt qu'il en sera prévenu, devra l'inviter, au nom du syndicat, à donner son adhésion, en lui faisant connaître le but et les avantages de l'association.

FONDS SOCIAL.

Art. 37. — Le fonds social est constitué par :

1° Les dons volontaires;

2° La cotisation annuelle de chacun des membres ;

3° Le produit des amendes prononcées par l'assemblée générale en vertu des articles 24 et 33 ci-dessus.

Art. 38. — Le chiffre de la cotisation annuelle est fixée à.....francs; cette somme doit être versée à la caisse du secrétaire-trésorier à l'assemblée du mois de..... La cotisation est due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

Art. 39. — Les cotisations non payées à la réunion de... seront recouvrées par la poste, dans les trois mois suivants aux frais du sociétaire en retard.

Art. 40. — Les fonds versés dans la caisse de la Société lui restent acquis en cas de retraite volontaire ou forcée de ses membres. Par conséquent chaque adhérent déclare faire l'abandon pur et simple de sa part du fonds social et renoncer, tant pour lui que pour ses ayants-droit, à produire jamais aucune réclamation à cet égard.

Art. 41. — Le fonds social est destiné à couvrir les dépenses communes, les frais de bureau, impressions, correspondance, etc.

DISSOLUTION.

En cas de dissolution du syndicat, les sommes disponibles seront versées à un autre syndicat, ou à la caisse des pensions et retraites de l'Association générale des médecins de France.

TARIF D'HONORAIRES ET RECOUVREMENTS.

Art 43. — Le chiffre des honoraires doit être basé sur le nombre de visites faites, sur la position sociale et la situation de fortune du client ainsi que sur la gravité de la maladie.

Art. 44. — Il est établi un tarif minimum d'honoraires obligatoire pour tous les membres du Syndicat et applicable aux différentes classes de clients. Pour les engagements nouveaux à contracter avec une collectivité quelconque, tout membre du syndicat s'engage à ne pas traiter à des conditions autres que celles admises par le syndicat.

Art. 45. — Les membres des sociétés de Secours mutuels seront traités comme clients appartenant à la dernière classe, à l'exception des personnes aisées qui, dans un but de spéculation, se seraient fait inscrire sur les listes de la société.

Art. 46. — La loi ayant établi la prescription annale pour les honoraire médicaux, des invitations à régler, d'un modèle uniforme pour tous les membres du syndicat, seront adressées par chaque médecin, six mois après la cessation du traitement aux clients qui n'auraient pas encore soldés les honoraires dûs.

Art. 47. — Chaque syndicat devra édicter les mesures appropriées à la région, pour éviter l'exploitation de ses membres par les clients qui, étant en situation de rétribuer le médecin, ont l'habitude de se soustraire à ce devoir.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

Art. 1. — Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels et par conséquent, en observant vis-à-vis lesuns des autres, les plus grands égards en actions et en paroles.

Art. 2. Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, devra se borner à prescrire les soins nécessaires pour parer aux besoins du moment et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie. Il ne se représentera chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 3. — Dans le cas où le malade, après de justes remontrances du médecin appelé en second lieu, refuserait formellement de continuer à recevoir les soins du premier, le nouvel appelé ne devrait accepter la succession de son confrère qu'après l'avoir prévenu et après avoir acquis, quand la situation le permettra, la certitude qu'il a été payé.

Art. 4. Le malade atteint de maladie chronique pourra recevoir les soins de tel médecin qu'il voudra bien choisir, dès qu'il aura rétribué celui qui lui aura précédemment donné des soins.

Art. 5. Un médecin peut se faire remplacer par le confrère qu'il désigne, si ce dernier est agréé par le malade. Il ne doit pas refuser de se trouver en consultation avec le confrère que le malade a choisi, s'il n'a des raisons personnelles graves qui l'en empêchent.

Art. 6. Lorsqu'un médecin remplace un confrère absent ou malade, il doit cesser ses soins, quand ce dernier reprend son service et lui fournir les renseignements qui pourront le guider dans le traitement à suivre ultérieurement. En cas de doute, le médecin reprenant son service agira bien en appelant en consultation celui qui l'a remplacé.

Art. 7. Le médecin ne peut revendiquer comme client que celui près duquel il est appelé le premier. La qualité de client ne dure que pendant la maladie actuelle. Toutefois le médecin, appelé pour un cas urgent (accident, crime etc., etc.) dans la clientèle d'un confrère, en l'absence de celui-ci, devrait se retirer à l'arrivée de ce confrère, si le malade ou la famille exprimait le désir de recevoir les soins de son médecin habituel.

Art. 8. Le médecin appelé près d'un malade qu'il apprend être soigné par une personne exerçant illégalement la médecine, doit refuser ses soins tant que cette personne n'aura pas été renvoyée. Dans ce cas, il devra exiger une consultation pour sauvegarder sa dignité et se mettre à l'abri de toutes imputations malveillantes.

Art. 9. Tout médecin appelé en consultation doit s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

La consultation est faite entre les médecins seuls et à l'exclusion de toute personne étrangère. — Toute approbation émise en dehors du lieu de consultation, et pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué p r le médecin ordinaire; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidés, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre confrère.

Art. 10. Le médecin appelé en consultation ne devra revoir le malade que s'il est appelé de nouveau, ou autorisé par le médecin traitant.

Art. 11. Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament. Il ne devra jamais se permettre, vis-à-vis du client qui le consulte, aucune observation pouvant porter atteinte à la réputation ou à l'honorabilité des confrères consultés avant lui.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Si l'honorable *vice-secrétaire* de l'*Association générale* M. le Dr *Martineau*, venait à lire la liste suivante des membres du *Syndicat du Havre*, il acquerrait la conviction, qui ne semble pas encore entrée dans son esprit, que ce n'est pas le sentiment de *confraternité* qui peut se trouver compromis par la formation d'une telle *Société*.

Il se persuaderait bien vite que les médecins du Havre, la ville qu'on voit à la tête de toutes les œuvres muries, sont certains de n'abdiquer, en se syndiquant, aucune parcelle de leur dignité et de leur liberté professionnelle. Les règles de conduite délibérées et acceptées en commun ne sont pas des liens serviles et dégradants. Ces règles existent pour l'*Association générale* comme pour les *syndicats*. Les obligations qu'elles imposent ne peuvent qu'élever ceux qui s'y soumettent. M. Martineau rendra grand service à l'*Association générale* en méditant de nouveau sur ces questions si intéressantes.

La nuance que nous signalons ne nous empêche pas de regretter que M. Martineau, le si méritant vice-secrétaire, n'ait pas été élu, comme cela paraissait logique, *secrétaire général* : son opinion sur les syndicats a-t-elle influé sur le vote de l'Assemblée? Nous ne serions pas éloigné de le croire.

Le syndicat du Havre a été fondé le 21 juillet 1881.
Il comprend tous les médecins (sauf un) qui résident au Havre et dans la banlieue (Sanvic et Ste-Adresse).

MM. les Docteurs

Launay	Lecam
Maire	Lemercier
Powilewiez (Ste-Adresse).	Maze
	Lausiés
Beauregard	de Prez-Crassier
Margueritte	Lafaurie
Roger	Tarral
Lecadre, neveu,	Fauvel
Lecène	Dero
Boutan	de Liguerolles
Perrichot	Drouet
Piasecki	Gibert.
Dénouette	Lecadre (oncle) (membre cor. de l'Ac. de Médecine).
Le Gad	
Brière	
Chauvel	de Bossy
Grivot-Grandcourt	Laurent (Sanvic).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

RAPPORT

Présenté à Messieurs les Médecins Sénateurs et Députés

AU NOM DE LA COMMISSION DU CONCOURS MÉDICAL

par le docteur Jules GEOFFROY.

INTRODUCTION

La Société du Concours médical, fondée en 1879 par le Dr Cézilly, et qui compte aujourd'hui, parmi les médecins français, plus de deux mille adhérents, s'est proposé un double but: la *revendication des droits professionnels* et la *révision de la législation médicale*.

Il ne sera pas question ici du premier objet qui n'est point en cause pour le moment; il suffira de dire qu'il explique les efforts tentés par le *Concours médical* pour multiplier le nombre et faciliter l'organisation des *Syndicats*.

Quant au second objet, le seul qui doive être traité dans le présent travail, c'est en vue de le réaliser qu'a été publiée, dans le journal le *Concours médical*, une série d'études professionnelles dues à la plume vaillante de plusieurs membres de la Société et particulièrement du Dr Gassot. En outre, réunie en Assemblée générale le 15 août 1881, la société du Concours Médical a voté la nomination d'une Commission chargée d'assister son Directeur dans la poursuite *des revendications législatives du corps médical*.

Cette Commission est composée de MM. les Drs Margueritte *(du Hâvre)*, Gassot *(de Chevilly)*, Bibard *(de Pontoise)*, Decool *(d'Hazebrouck)*, Landur et Monin *(de Paris)*, Chevandier *(de la Drôme)*, Cézilly, *président* et Geoffroy *secrétaire*.

D'autres honorables membres du corps médical, praticiens ou députés, ont bien voulu se joindre à la Commission et lui apporter le contingent de leurs lumières et de leur expérience.

La Commission a tenu ses séances à Paris, dans les bureaux du *Concours medical*, pendant les mois de Décembre 1881, Janvier et et Mars 1882. Après avoir successivement étudié les différentes questions relatives à l'exercice de la médecine, qui sont les plus importantes et qui doivent appeler le plus vivement l'attention du législateur, elle a nommé *rapporteur* son secrétaire, le Dr Geoffroy, et l'a chargé de résumer ses discussions pour en présenter le résultat motivé à MM. les Médecins Sénateurs et Députés, à la haute compétence desquels elle n'hésite pas à s'en remettre. Les médecins sénateurs et députés sont, en effet, les intermédiaires naturels entre le corps médical et le pouvoir législatif; et ils ont généreusement accepté ce rôle honorable, lorsque, il y a quelques années déjà, ils ont pris eux-mêmes l'initiative d'adresser une circulaire aux sociétés médicales de France, pour les engager à mettre à l'étude la question des réformes législatives de la médecine.

La Commission du concours médical compte bien continuer ses travaux et les faire porter sur tous les points qui concernent la profession médicale dans ses rapports avec la société. Dans toutes ses discussions, elle saura toujours tenir compte, comme elle croit l'avoir fait jusqu'ici, non-seulement des intérêts particuliers très honorables, dont ses confrères lui ont confié la défense, mais aussi des intérêts généraux non moins respectables de la société tout entière. Elle a la ferme intention de ne jamais se départir de cette double considération qui a dirigé jusqu'ici, et dirigera sans cesse ses études, et dont elle espère qu'on voudra bien voir la trace dans ce premier travail.

Ces intérêts, du reste, s'ils sont bien entendus, ne sauraient jamais être en contradiction. Le corps médical est toujours prêt à rendre les services qu'on peut attendre de lui, et s'il n'appartient pas à des médecins de rappeler comment, par son mérite et son dévouement, il s'est trouvé, en toute circonstance, à la hauteur de sa tâche, au moins ont-ils bien le droit de réclamer l'application du vieil adage : *Honora medicum propter necessitatem.* N'est-il pas juste, en effet, que la société tienne compte au médecin, dans la mesure du possible, des services rendus par lui, et s'efforce, par une protection sage et libérale, de permettre à cette profession, dont elle ne saurait se passer, de prendre un développement en harmonie avec son utilité et dont elle-même sera la première à profiter?

La Commission du Concours médical a donc l'honneur de soumettre à MM. les médecins sénateurs et députés le fruit de ses recherches, le résultat de ses travaux, la conclusion de ses discussions; elle appelle leurs délibérations sur son œuvre : elle est persuadée qu'ils reconnaîtront le soin qu'elle a apporté à n'élever que des réclamations justes et légitimes. Elle s'en remet du reste, avec une entière confiance, à leur appréciation éclairée, trop heureuse si, pour récompense de ses efforts, elle a pu avancer de quelques années la solution d'un problème qui est à l'étude depuis près de quatre-vngts ans!

I. EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

Depuis longtemps la profession médicale souffre profondément; sa souffrance grandit tous les jours et pourrait, en provoquant le découragement de ses membres, finir par atteindre et compromettre sérieusement, si l'on n'y mettait ordre, les sources de son recrutement. La société, à qui cette profession rend tous les jours de si nombreux et si importants services, a, la première, intérêt à arrêter le mal, avant qu'il ait produit tout son ravage : mais, pour cela, il faut qu'elle veuille bien consentir à en rechercher et à en étudier les causes, qui d'ailleurs ne sont pas difficiles à trouver; et pour peu qu'elle consente à prêter une oreille bienveillante aux plaintes unanimes et répétées que le corps médical fait entendre depuis si longtemps, elle aura bien vite reconnu et le genre du mal, et le remède qu'il faut lui opposer.

La profession médicale, qui s'impose à l'estime et au respect de tous, ne reçoit, en retour du mérite et du dévouement dont elle fait preuve chaque jour, que déboires et que déceptions. « Si instruit, si laborieux qu'il soit, le médecin ne peut jamais compter sur un avenir favorable, car la loi n'accorde à ses droits qu'une garantie inefficace, dont le charlatan se joue sans crainte et sans pudeur. Notre législation, habituellement bienveillante pour les professions libérales, semble indifférente, il faut le dire, pour celle-ci, dont l'influence sur le bien-être de la société est cependant si profonde..... Quand on réfléchit aux effets naturels d'un semblable régime, on s'étonne que le corps médical ne soit pas déchu de sa vieille renommée, et qu'il ait continué de produire, au milieu de circonstances aussi contraires, de grands talents et de beaux exemples de vertu et de dévouement; c'est que les hommes valaient mieux que les institutions. Nous devons nous en applaudir, mais, en même temps, reconnaître que le législateur ne pourrait, sans manquer à ses premiers devoirs, tolérer plus longtemps cette contradiction entre les mœurs et les lois. » MM., ce n'est pas un médecin qui a prononcé ces sages paroles, c'est le rapporteur de la loi de 1847 à la Chambre des Pairs, le comte Beugnot, qui, après une longue et consciencieuse étude de l'état des choses, exposait en ces termes éloquents et l'origine du mal et les moyens propres à le combattre.

Et, en effet, la cause première, qui fait que la profession médicale « est la plus malheureuse de toutes les professions libérales », n'est autre que l'existence d'une législation surannée qui l'étouffe et arrête son développement naturel. A l'époque où cette législation fut établie, la société, comme la science elle-même, était en voie de transformation : on ne pouvait alors avoir la prétention de régler d'une façon définitive l'exercice d'un art reposant sur une science encore imparfaitement constituée. On se trouvait, d'ailleurs, en présence de difficultés particulières, dont il fallait tenir compte, mais qui n'étaient que transitoires. De là le caractère transitoire aussi de la législation qui ne devait vivre que peu de temps et qui dure depuis tant d'années! Ce n'est pas que bien des modifications n'aient été proposées depuis, et non-seulement proposées, mais acceptées par les Chambres législatives : malheureusement des circonstances politiques, absolument étrangères à la question, sont toujours venues entraver le bon vouloir des législateurs. L'histoire de ces différents essais est fort instructive; nous ne pouvons la négliger, car elle montre clairement que c'est toujours sur les mêmes points que la discussion a porté, et que, sur ces points, réformateurs et législateurs n'ont jamais cessé d'être d'accord.

II. HISTORIQUE

Lorsqu'éclata la Révolution, les institutions médicales de la France étaient dans un complet état de décadence. Sur les dix-huit Facultés de médecine qui existaient encore, il y en avait tout au plus neuf qui conservassent un peu d'activité, et deux seulement, Paris et Montpellier, continuaient à briller d'un certain éclat. Encore cet éclat tenait-il beaucoup plus à la vivacité, disons-le, à la passion, avec laquelle les docteurs soutenaient les moindres discussions, qu'à l'esprit pratique et à la profondeur de jugement qu'ils apportaient dans l'examen des questions, questions de mots la plupart du temps : nous pourrions citer telle controverse (l'émétique, le quinquina, la circulation du sang), où l'esprit de routine a montré jusqu'à quel point il pouvait aveugler les plus belles intelligences ! L'article II des statuts de la Faculté de Paris recommandait à l'étudiant d'assister aux discussions et d'y prendre part; mais la pratique était complètement négligée et l'enseignement clinique ne fit ses premiers essais qu'avec Desault, à l'Hôtel-Dieu, en 1780, et Corvisart à la Charité, en 1790; cet enseignement tout récent de Desault et de Corvisart était d'ailleurs une exception, et les Docteurs semblaient s'être donné à tâche de vérifier la parole de l'Ecriture : *Tradidit mundum disputationi eorum* ; c'est bien la médecine que nous a représentée Molière !

Mais si l'on dissertait beaucoup à Paris et à Montpellier, si trop souvent aussi les questions de personnes envenimaient les débats qui restaient rarement sur le terrain exclusivement scientifique, au moins le cercle des études y était-il régulier (à Paris, sept années d'études et diplôme de maître-ès-arts à l'entrée), les examens sérieux (baccalauréat, licence, doctorat) et les diplômes très honorablement acquis. Dans les autres Facultés au contraire, sans parler des passions et des jalousies plus fortes encore qu'à Paris et à Montpellier, l'insuffisance notoire de l'enseignement, les abus dans les examens, abus qui allaient jusqu'à délivrer des diplômes *in absentia*, avaient jeté la déconsidération sur les titres et les personnes des médecins. Aussi, lorsque le décret du 18 août 1792 vint supprimer les universités, facultés et corporations savantes, la Révolution ne parut avoir fait que précipiter une ruine dès longtemps imminente. La caducité de ces institutions était frappante pour tout esprit pratique, et Talleyrand n'avait pas eu de peine à démontrer à l'Assemblée nationale qu'elles ne répondaient plus ni aux lumières, ni à la civilisation de l'époque. Il ne subsista donc bientôt plus rien de l'ancien état de choses, rien, si ce n'est ce qui n'avait jamais eu d'existence légale : les collèges de médecins et les communautés de chirurgiens.

Mais en supprimant les moyens de faire des médecins, la Révolution n'avait pas fait disparaître le besoin que la société a de leurs services. Bien loin de là, les guerres qu'elle soutenait contre l'Europe entière firent plus que jamais sentir ce besoin qui devint bientôt impérieux, comme nous le prouvent les paroles suivantes de Fourcroy à la Convention : « Les nombreux bataillons des républicains exigent à leur suite une grande quantité d'hôpitaux pour recueillir et soigner les soldats de la patrie..................

« Plusieurs milliers d'officiers de santé sont employés dans les hôpitaux militaires et dans les camps ; il faut remplacer ceux que des maladies graves arrachent à leur service et dont des épidémies meurtrières privent la République. La Convention apprendra avec sensibilité que *plus de six cents officiers de santé ont péri depuis 18 mois*, au milieu et à la suite des fonctions qu'ils exerçaient. Si c'est une gloire pour eux qu'ils soient morts en servant la patrie, c'est un besoin pour la République de réparer cette perte..... Cependant, tandis que ce besoin devient de jour en jour plus urgent, le moyen d'en former manque presque entièrement....; les écoles de médecine sont fermées....; celle de Paris est entièrement détruite. — Vous ne voulez pas que la vie et la santé de nos frères soient confiées à des mains inhabiles ; et cependant le manque d'étude et d'examen conduit nécessairement à ce dangereux résultat. La nécessité d'organiser promptement des cours d'instruction sur l'art de guérir, pour former les hommes qui manquent à nos armées, offre à la Convention l'heureuse occasion de *créer une partie de l'enseignement qui n'a jamais été que tronquée et incomplète en France.* »

La Convention vota la loi dite du 14 Frimaire (an III), laquelle ne considérait, comme on vient de le voir, que les besoins du service militaire; c'est elle qui introduisit, pour la première fois, dans la législation, le titre *d'officier de santé*.

Bien qu'elle créât trois *Ecoles de Santé* à Paris, Montpellier et Strasbourg, la loi de Frimaire a mérité le grave reproche de n'avoir donné à l'enseignement de la médecine qu'une apparence d'organisation, car si le temps des études, pour les futurs médecins militaires, était limité à un maximum de 3 années, il n'y avait pas de minimum, et les élèves devaient quitter l'Ecole à quelque époque que ce fût de leurs études, *dès qu'ils avaient acquis les connaissances nécessaires à la pratique de leur art dans les hôpitaux et les armées*. En outre, à leur sortie, les élèves ne passaient aucun examen, ne recevaient aucun diplôme : ils étaient *officiers de santé dans les armées*, et ils conservaient ce titre dans la pratique civile. Du reste, l'exercice de la médecine était libre et la loi n'obligeait pas celui qui se disait médecin ou officier de santé à prouver son dire. Comment l'aurait-il fait, puisqu'il n'y avait d'enseignement que pour les médecins destinés aux armées, et qu'il n'y avait d'examen pour personne ? — Remarquons, en passant, que, durant cette période, les officiers de santé sortis des Ecoles de santé étaient les seuls médecins réguliers.

A partir de 1798, les praticiens furent, il est vrai, soumis à l'obligation de la patente; mais comme cette patente, sorte de droit d'exercice, n'était refusée à personne, il faut bien reconnaître que l'exercice de la médecine resta absolument libre jusqu'au 1er Vendémiaire an XII, malgré les efforts que firent, pour la réglementer, Cabanis et Hardy, au Conseil des Cinq-Cents, en 1798, Chaptal au Conseil d'Etat, en 1800 (1). Quels furent les résultats de cette liberté? Nous les trouvons consignés dans un discours de Fourcroy qui en a tracé un bien sombre tableau :

« L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation. Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont pas la moindre notion; presque partout on accorde des patentes également aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus déhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi : aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée..... Les campagnes et les villes sont également infestées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. »

Telle était la situation au moment où Fourcroy crut, à bon droit, devoir imposer à la pratique médicale une nouvelle organisation. Ce qu'il *importe* de bien remarquer, c'est que le législateur va chercher à régler l'exercice d'une profession dans laquelle l'anarchie la plus complète règne depuis plus de dix ans : il sera, par conséquent, obligé de tenir compte, dans une très large mesure, des droits acquis, si le mot *droits* n'est pas ici déplacé. Il va se trouver en face de docteurs réguliers, sortis des Facultés sous l'ancien régime, — de chirurgiens, issus des communautés, — d'officiers de santé, sortis des Ecoles de santé, mais n'ayant pas de diplômes, — de praticiens qui, en l'absence d'examens réguliers, n'avaient pu se faire recevoir et ne s'en livraient pas moins à l'exercice de la médecine, — enfin d'empiriques de toutes sortes et de toutes classes qui, pensant trouver dans la médecine une profession lucrative, pouvaient exercer et exerçaient, sans être inquiétés, depuis 1792.

Si l'on se représente bien cette masse de *praticiens* d'origine si différente, mais dont, en somme, la plus grande partie s'était formée on ne sait comment, sans école, sans étude et sans examens, on comprendra avec quelles difficultés le législateur dut se trouver aux prises, et l'on conviendra que cette loi de 1803 que nous trouvons si mauvaise aujourd'hui, — et nous avons mille fois raison, — fut un grand bienfait pour l'époque. En présence d'éléments si disparates, on ne pouvait songer à fonder rien de stable; il fallait se contenter de dispositions provisoires, capables de porter un peu d'ordre dans cet inextricable chaos.

Considérée à ce point de vue, la loi de Ventôse était presque parfaite: admettant les droits de tous ceux qui avaient exercé jusque-là sans diplôme, elle en fit une classe à part, dans laquelle elle fit rentrer les officiers de santé créés par la loi de Frimaire; et à cette classe tout entière, elle attacha le titre *d'officier de santé*, titre dont l'allure un peu militaire a trompé, depuis, tant de personnes, et que la Convention eut l'idée singulière d'emprunter à la monarchie, pour en faire l'apanage de ses médecins militaires improvisés, bien que, sous l'ancien régime, cette appellation ne servît à désigner que les médecins, chirurgiens et apothicaires de la maison du roi, lesquels achetaient leur *office* à beaux deniers comptants, mais n'avaient rien de plus militaire que les *officiers de bouche* par exemple, les *officiers du gobelet* ou tous les autres serviteurs attitrés du monarque. Par une sorte de respect humain, on ne crut pas pouvoir donner à cet ordre de médecins ainsi constitué des droits bien étendus, comme si, en médecine, il était possible de marquer exactement la limite où l'intervention d'une catégorie de praticiens doit céder le pas à l'intervention d'une catégorie supérieure! Voici cependant comment s'exprimait Thouret, en soutenant la loi devant le Tribunal :

« *L'art doit être divisé en deux grandes parties, dont l'une, bornée aux pratiques vulgaires, aux connaissances communes*, est le partage du plus grand nombre. *Les officiers de santé* se borneront aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'art, ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés, traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers; et, *leur science principale devant consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir, ils formeront, sans doute, une classe moins relevée dans la hiérarchie médicale.* »

Cet ordre secondaire, que les circonstances rendaient effectivement nécessaire, on ne savait trop à quelle classe de la société l'attribuer: on en dota les campagnes, sous prétexte qu'il valait encore mieux que les empiriques et les charlatans « qui y portaient partout la désolation et l'effroi. » — « Les soins dûs aux habitants des campagnes, disait Fourcroy, *le traitement des maladies légères*, celui d'une foule de maux, qui, pour céder à des moyens simples, n'en demandent pas moins quelques lumières supérieures à celles du commun des hommes, exigeaient qu'on substituât aux chirurgiens, anciennement reçus dans les communautés, des hommes assez éclairés pour ne pas com-

(1) Nous détachons du rapport de Cabanis le passage suivant : « Nous vous proposons de ne reconnaître qu'une seule science dans les diverses parties de la médecine, de ne légaliser l'exercice que d'un seul art de guérir. Objectera-t-on que les campagnes manqueront de secours, si l'on exige de trop fortes études de la part des officiers de santé? Je réponds qu'il vaut mieux que les campagnes manquent de médecins que d'en recevoir de funestes. » Le projet de Chaptal rétablissait les diplômes et donnait six mois à tous les praticiens pour se mettre en règle. Il punissait de 100 francs d'amende l'exercice sans diplôme, et ajoutait trois mois de prison pour la récidive.

promettre sans cesse la santé de leurs concitoyens. »

Le grand tort des législateurs de l'an XI a été de ne pas vouloir avouer sincèrement que la création d'un second ordre de médecins était uniquement le résultat de circonstances indépendantes de leur volonté et qu'ils étaient bien obligés de subir. Au lieu de faire franchement cet aveu, ils ont préféré, en créant un second ordre, créer une théorie pour le faire accepter, car tout le monde, paraît-il, ne l'acceptait pas. « L'article III, dit le tribun Carret (du Rhône), qui établit une ligne de démarcation entre les docteurs et les officiers de santé, a paru blesser quelques esprits. Mais *cette différence* dans les noms, dans la durée des études et dans les formes de réception *est conforme à la nature même des choses. Les habitants des campagnes, ayant des mœurs plus pures que celles des habitants des villes, ont des maladies plus simples qui exigent, par cette raison, moins d'instruction et moins d'apprêts.* D'ailleurs, lorsque des hommes ont fait de grands sacrifices pour leur éducation, et qu'ils ont acquis une connaissance profonde de la médecine, il serait injuste et difficile de les obliger à enfouir leurs talents dans les campagnes. » Carret a le mérite d'avoir le premier trouvé les deux grands, les deux seuls arguments qu'aient jamais pu faire valoir les partisans de l'officiat, à savoir qu'il faut être moins intelligent et moins instruit pour soigner les campagnards que pour traiter les citadins; et que, quand on a assez dépensé d'argent, assez acquis d'instruction pour arriver au doctorat, on ne saurait aller enfouir ses talents à la campagne: c'était un trait de génie; d'autres ne manqueront pas de se l'approprier !

Il n'en est pas moins vrai que, dès cette époque, un grand nombre de bons esprits ne manquèrent pas de trouver le trait un peu brutal, et s'élevèrent à la fois contre l'institution et contre la théorie qu'on voulait lui donner pour base. Nous retrouvons encore plus marquée la trace de cette résistance qui fut, à ce qu'il semble, assez sérieuse, dans le discours d'un des orateurs, chargés de soutenir le projet: « La disposition relative aux officiers de santé a élevé, dit Jard Panvilliers, beaucoup de réclamations fondées sur divers motifs. » Aussi, après avoir reconnu que la vie des habitants des campagnes n'était pas moins précieuse que celle des habitants des villes, l'orateur se retranche-t-il sur un terrain plus solide, et il affirme, par un argument alors sans réplique, que les dispositions de la nouvelle loi sont infiniment plus rassurantes que celles qu'elles remplacent.

Afin de rendre ces dispositions plus rassurantes encore, le législateur prenait certaines précautions qui témoignent au moins de la méfiance qu'il éprouvait. Il restreint la pratique des médecins de second ordre dans les limites du département où ils auront été reçus, et il justifie cette mesure par des considérations qui ne laissent aucun doute sur sa pensée; mais nous aurons occasion de revenir sur ce sujet, et nous en profiterons pour citer les paroles auxquelles nous faisons allusion ; on verra que le sens en est clair.

Fourcroy était d'ailleurs le premier à déplorer la pénible nécessité où il se trouvait de créer ce second ordre : « Il serait sans doute à désirer que tous les individus consacrés aux soins des malades pussent être également instruits, que tous acquissent le degré de connaissances qui sera exigé des docteurs. Ce vœu, qui n'a pas besoin d'être exprimé pour être senti, ne peut malheureusement recevoir son accomplissement. » Il s'agissait, nous l'avons vu, de créer rapidement un nombre suffisant de praticiens pour supplanter, dans les campagnes, cette foule de charlatans, qui, en l'absence de toute législation, y avaient conquis une autorité avec laquelle il fallait compter ; et l'on compta si bien avec elle que, tout en inscrivant dans la loi que l'exercice illégal était un délit, on n'osait fixer d'avance le taux de l'amende qui devait le réprimer ; le mal était si profond que le législateur avait craint de l'attaquer de front et résolument ; c'est à cette incertitude que sont dues les hésitations et les contradictions que l'on est aujourd'hui étonné de rencontrer dans un texte de loi, mais que l'on comprend parfaitement, quand on réfléchit aux préoccupations auxquelles dut être en proie l'esprit du législateur.

Il semble que ces défauts mêmes qui tenaient, comme on vient de le voir, aux circonstances tout-à-fait exceptionnelles que l'on traversait, et qui, pour ce motif, pouvaient échapper aux yeux des contemporains, bien qu'un grand nombre d'entre eux les aient parfaitement signalés, il semble, disons-nous, que ces défauts, devenant de plus en plus évidents à mesure que l'on s'éloignait du temps et des évènements qui les avaient pour ainsi dire imposés, auraient dû conserver à la loi son caractère essentiellement transitoire et susciter des réformes mieux en rapport avec les besoins des époques qui suivirent. Mais, par un phénomène curieux, dont on chercherait vainement la raison, cette loi qui n'était acceptable que pour un petit nombre d'années, compte déjà près de quatre-vingts ans d'existence, et toutes les tentatives que l'on a faites pour la transformer, après avoir été saluées des vœux de tous, après avoir traversé victorieusement les épreuves de la discussion dans les Commissions des Chambres législatives, comme dans les Conseils du Gouvernement et de l'Université, sont venues, en fin de compte, échouer devant des circonstances absolument indépendantes de la question.

Ce n'est pas, en effet, que les réclamations aient jamais manqué; ce n'est pas non plus qu'elles n'aient été faites par des voix autorisées. Dès 1811, sollicité par Dupuytren, le Conseil impérial de l'Université examina, sans la résoudre, la question de savoir si les progrès accomplis par l'instruction et l'éducation générales et l'établissement des Facultés ne permettaient pas de supprimer le deuxième ordre de médecins.

En 1820, le Conseil d'Etat est à son tour saisi de la question, et il décide qu'il est au moins nécessaire de rendre plus difficile l'accès à l'officiat : il pense que quatre années d'études et vingt-cinq ans d'âge doivent être exigés du candidat. Comme à cette époque on n'exigeait des docteurs aucun des deux baccalauréats, cette réforme aurait rendu les officiers de santé égaux en instruction aux docteurs : la seule différence entre eux aurait été dans l'origine, les docteurs sortant des Facultés, tandis que les officiers étudiaient dans les Ecoles préparatoires.

En 1825, le Ministre de l'Intérieur, comte Corbière, propose à la Chambre des Députés d'abolir les jurys médicaux, qui, jusque-là, avaient été chargés d'examiner les officiers de santé et qui avaient laissé ces examens tomber dans un état de faiblesse absolument révoltant.

Le Gouvernement proposait de créer vingt Ecoles secondaires destinées à l'enseignement et aux examens des officiers de santé. Le rapporteur, M. Boin, praticien estimable et expérimenté, chargé de soutenir la proposition de loi, défendit, sans grande conviction, la cause des officiers de santé et résuma, au contraire, d'une façon si heureuse les réclamations qui étaient arrivées de toutes parts à la Commission contre l'existence du second ordre de médecins, que nous ne pouvons nous empêcher de citer ses paroles : « Ceux qui repoussent la classification disent : l'art de guérir est un, comme son sujet, l'homme malade ; comme son objet, la maladie. Comment diviser la science médicale qui consiste dans un ensemble de principes et de préceptes tellement liés qu'on n'en saurait rompre la chaîne sans anéantir la science elle-même? Tous se représentent à la fois pour l'intelligence et l'explication des phénomènes de la santé et des maladies qui sont les effets des mêmes causes, les propriétés vitales. C'est à l'appréciation de celles-ci qu'il faut remonter pour juger le caractère et déterminer le traitement *curatif* des *maladies*, qu'elles soient simples ou compliquées, légères ou graves L'art du médecin consiste à reconnaître et à guérir les maladies; mais pour reconnaître une maladie, il est nécessaire de la distinguer de toutes les autres.... ; il faut, pour la guérir, appliquer les moyens appropriés. Avec des connaissances incomplètes, le médecin serait exposé, tantôt à priver le malade des moyens les plus efficaces, tantôt à en prescrire d'insignifiants ou de contraires. Il est donc indispensable que celui qui est appelé à pratiquer l'art de guérir possède la science dans son ensemble et dans ses développements. Il doit savoir cela même qu'il ne doit pas faire et bien connaître ce qu'il doit éviter..... Savoir à demi, c'est ne pas savoir; si les demi-savants sont déplacés partout, ils sont en médecine de véritables fléaux.. ....

« Serait-ce, poursuivaient les adversaires de la classification, parce que les médecins de second ordre seraient voués à servir le peuple des villes et des campagnes qu'on voudrait n'exiger d'eux qu'une instruction médiocre et insuffisante? On oublierait que la vie et la force des nations résident dans cette masse... Son inexpérience, ses préjugés, sa crédulité la livrent corps et biens, sans défense, à l'ignorance, à l'avidité et au charlatanisme ; plus elle est incapable d'apprécier les hommes et les choses, plus il est du devoir des Gouvernements d'en éloigner toute occasion de dangereuse méprise, en ne plaçant à sa portée que des médecins habiles et honnêtes... Mieux vaudrait manquer de médecins que d'avoir des médecins sans instruction. » — Mais l'éminent Rapporteur ajoute qu'il craint que les docteurs ne se refusent à aller exercer dans les campagnes; c'est la seule véritable objection qu'il fasse, et on sent que, si on lui avait prouvé que sa crainte était chimérique, il eût été le premier à abandonner la défense du second ordre.

La crainte de voir les campagnes manquer de médecins fut aussi le grand argument de Cuvier à qui tout son talent n'en put pas révéler d'autre. A un honorable député (M. Regnouf de Vains) qui déclarait que, dans les sciences médicales, il ne devait exister d'autres degrés que celui du talent et de l'aptitude à bien traiter les maladies, l'illustre savant, qui remplissait alors les fonctions de Commissaire du roi, ne trouva que cette réponse à faire : c'est qu'il fallait un second ordre, parce qu'il y en avait déjà un, parce qu'il y en avait toujours eu, les officiers de santé ayant remplacé les chirurgiens de campagne ! Du reste, Cuvier fut si mal inspiré, dans toute cette discussion, qu'il est bien permis de croire qu'il ne soutenait pas, en cette occasion, une opinion personnelle. Un membre de la Chambre, M. Bacot de Romand, qui, dès cette époque, se refusait à prévoir le moment où nos campagnes auraient à souffrir la disette de médecins, mais voulait enlever aux partisans de l'officiat la possibilité de faire valoir cet argument puissant auprès de ceux qui connaissent mal la question, proposait de supprimer les officiers de santé, tout en laissant au Gouvernement la faculté d'en instituer de nouveaux là où le besoin s'en ferait sentir par l'absence d'autres médecins. Il semble que c'eût été là une bien sage disposition transitoire qui aurait dû contenter tout le monde. Par une singulière contradiction avec la théorie qu'il soutenait, théorie d'exception et d'inégalité par excellence, Cuvier repousse cet amendement, « *à cause de la bizarre inégalité où se trouveraient certains départements par rapport aux autres ;* car il y en aurait qu'on trouverait dignes d'être traités par des médecins savants, tandis que d'autres seraient condamnés à n'avoir pendant longtemps, dans les campagnes, que des médecins d'un ordre secondaire: *une pareille inégalité ne peut être admise dans une loi* ! » Jamais adversaire de l'officiat ne trouva un argument plus fort pour attaquer cette institution.

Mais si Cuvier tenait à doter les campagnes des officiers de santé, ou du moins si, en qualité de Commissaire du roi, il était obligé de défendre le projet du Gouvernement qui tendait à les conserver, il ne parvint point à faire partager son opinion à la Chambre des Députés sans une très vive opposition. Cette première discussion publi-

que révéla à la fois et la pauvreté des arguments que l'on peut faire valoir pour le maintien des deux ordres, et les considérations beaucoup plus élevées, disons-le, beaucoup plus libérales, qui militent en faveur d'un ordre unique. D'autre part, le débat souleva bien des questions qui n'étaient pas encore mûres : c'est ainsi que deux adversaires du projet du Gouvernement, MM. Méchin et de Cuny, demandaient dès lors, pour faciliter le recrutement des docteurs, l'augmentation du nombre des Facultés de médecine ; enfin l'honorable Rapporteur avait obtenu de la Chambre des Députés de faire inscrire dans la nouvelle loi la suppression de l'impôt de la patente pour les médecins, en la remplaçant par un faible droit fixe et annuel (de 30 à 60 francs), suppression qui fut du reste également acceptée par la Commission de la Chambre des Pairs.

Cette Commission de la Chambre des Pairs réunit un grand nombre de noms illustres : Lacépède, Portalis, Comte Cornet, baron Mounier et Comte Chaptal rapporteur. *A l'unanimité, elle demanda l'abolition de l'officiat*, et, comme corollaire de cette mesure, *la création de trois nouvelles Facultés de médecine*. Ces idées brillamment exposées dans les deux fameux rapports de Chaptal, éloquemment soutenues par le Rapporteur lui-même, par tous les membres de la Commission et, en outre, par le Comte de La Villegontier et le baron Pasquier, eurent de nouveau à combattre l'opposition du Commissaire du roi, Cuvier, dont nous croyons utile de reproduire les paroles, afin qu'on puisse les estimer à leur juste valeur : « On a dit que les Ecoles secondaires produiraient des *demi-médecins* pour soigner les *demi-malades* des campagnes. Le mot est plaisant, *l'idée est plus juste que ne le croyait celui qui l'a proférée, et nous acceptons la proposition dans son intégrité*. Nos élèves n'auront ni le savoir varié, ni le langage spirituel et élégant des docteurs des villes..... Ce seront des hommes modestes, parlant le langage de ceux à qui ils auront à porter des secours, ayant une pratique solide (?), *sachant distinguer les maladies simples qui sont ordinaires aux gens de la campagne et y appliquant à l'instant les remèdes simples qui leur conviennent*. » — Nous recommandons tout ce passage aux médecins de campagne, ils savent ce qu'il y a de vrai dans cette idylle et, comme nous, ils seront péniblement surpris de voir un si grand homme émettre de pareilles affirmations.

Qu'ils écoutent, en guise de consolation, la réponse vraiment topique de Chaptal : « *Les bons médecins sont plus nécessaires dans les campagnes que dans les villes*, parce qu'ils sont livrés à eux-mêmes, dépourvus de tout secours étranger et qu'ils doivent être à la fois médecins, chirurgiens, pharmaciens, herboristes. *Les demi-médecins ont bientôt converti un demi-malade en malade bien conditionné*. On a dit qu'ils appelleraient des secours et prendraient des conseils, mais on sait que les médecins peu instruits et les charlatans sont naturellement présomptueux et qu'ils craignent d'invoquer des conseils pour conserver leur proie et ne pas mettre à découvert leur impéritie. On a ajouté qu'il fallait des demi-médecins pour les premiers secours : qui ne sait que tout dépend en médecine du premier secours apporté au début de la maladie? »

Après avoir entendu ce langage plein de logique et de vérité, personne ne sera étonné d'apprendre que la Chambre des Pairs, laissant à Cuvier la responsabilité de ses raisonnements bizarres, ait adopté le projet de Chaptal et de la Commission, accepté même la création d'un nouveau grade, celui des licenciés en médecine, mieux pourvus que les officiers de santé en fait d'instruction et de pratique médicale, et jouissant comme les docteurs du droit de libre exercice. Cette création nouvelle avait en vue de faciliter l'accès des études médicales aux jeunes gens issus de familles pauvres. Enfin la loi nouvelle punissait d'une amende de 50 à 500 fr. l'exercice illégal simple ; elle portait l'amende de 500 à 1000 francs pour les cas où l'exercice illégal s'accompagnait d'usurpation de titres. En cas de récidive, elle appliquait le maximum et édictait l'emprisonnement.

La réforme de la législation médicale paraissait donc un fait accompli : malheureusement un changement de Ministère arriva, et, comme la création des licenciés en médecine avait soulevé quelques résistances, la loi votée par la Chambre des Pairs ne fut pas présentée de nouveau à la Chambre des Députés.

En 1829, le Ministre de l'Intérieur proposa à l'Académie une série de questions sur l'organisation de la médecine. L'Académie nomma une Commission ; mais la révolution de 1830 et le choléra de 1832 désorganisèrent la Commission et mirent obstacle à ses travaux.

Le 30 juillet 1833, le Ministre de l'Instruction publique fit à son tour appel à l'Académie : la Commission se réunit, étudia la question et choisit Double pour rapporteur. L'honorable académicien, tout en demandant l'augmentation du nombre des Facultés, reconnut que le nombre des médecins était loin d'être insuffisant, mais que c'était leur inégale répartition qui causait tout le mal ; il affirmait, d'ailleurs, que leur absence dans les campagnes avait pour cause la *confraternité outrageante* et la *fâcheuse concurrence* qu'ils avaient à y subir. Il conclut donc à la *suppression de l'officiat* : « Il ne faut pas qu'une partie de la population soit livrée à l'impéritie, aux erreurs de l'ignorance, tandis que la haute classe recevrait seule des secours purs et salutaires ; de tels privilèges ne sauraient exister de nos jours, alors qu'en tête de notre pacte fondamental sont écrits ces mots : Tous les Français sont égaux devant la loi ; cela serait odieux et absurde. »

La Commission académique demanda à l'unanimité la *suppression du second ordre de médecins* et la *création de trois nouvelles Facultés* ; cette demande appuyée par Dupuytren et par Velpeau, ancien officier de santé lui-même, acceptée par Orfila, doyen de la Faculté de Paris,

fut votée par l'Académie. — Le résultat de ces délibérations fut envoyé au Ministre, qui, en 1834, nomma, pour préparer un projet de loi sur l'organisation et l'exercice de la médecine, une Commission parmi les membres de laquelle nous relevons les noms d'Andral, de Dubois, d'Orfila, de Pariset : nous ignorons le résultat des travaux de cette Commission dont les comptes-rendus allèrent probablement rejoindre, dans les cartons du Ministère, les autres projets de loi.

Cependant, en 1838, une Commission, « considérable par le nombre et les lumières de ses membres, » résumant les réclamations des Facultés et des Sociétés médicales ; se conformant aux vœux « très fermement et très éloquemment » exprimés à l'Académie, et, « reconnaissant, en outre, que le nombre de praticiens dépassait de beaucoup les besoins du service, » adopta, comme base de la loi à établir, ce double principe, déjà admis par le Conseil royal de l'Université : qu'il n'y aurait plus à l'avenir *qu'un seul ordre de médecins*, les docteurs, et que la durée des études pour le doctorat serait portée à cinq ans. Ce projet allait être présenté aux Chambres lorsqu'un changement d'administration fit encore une fois ajourner cette grave question.

Comptant toujours sur ces promesses de révision sans cesse renouvelées et sans cesse ajournées, le corps médical attendit encore patiemment, mais en vain, jusqu'à ce que, las d'attendre, il résolut enfin de faire ses affaires lui-même : il organisa le Congrès de 1845. Le moment paraissait favorable: le Ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, était un esprit distingué, plein de justice et de bienveillance pour le corps médical, désireux d'attacher son nom à la réforme des lois surannées qui le régissaient; aussi le Congrès trouva-t-il en lui un protecteur éclairé qui ne dédaigna pas d'assister à ses séances et d'y prendre la parole.

L'histoire du Congrès demanderait de longs développements dans lesquels notre sujet ne nous permet pas d'entrer; mais nous ne pouvons nous empêcher de dire que c'est le fait le plus considérable qui se soit produit dans la profession médicale depuis le commencement du siècle. On comprendra l'importance de cette réunion, quand on saura qu'elle comptait 1200 membres, représentants délégués par plus de 7000 adhérents, et qui, comme on n'en peut douter, avaient été choisis parmi les sommités les plus éminentes de la profession. Ce grand nombre de praticiens, accourus de tous les points de la France à l'appel de quelques confrères de Paris, délibérèrent avec ordre sur les questions professionnelles et prirent des décisions aussi sages que rapides.

Les besoins de la profession, les imperfections de la législation étaient déjà tellement bien connus alors, qu'il suffit de quinze jours au Congrès pour trancher « avec maturité » les questions les plus importantes, et répondre sur tous les points en discussion avec une unanimité jusque-là sans exemple dans une aussi nombreuse assemblée. Aussi le Ministre de l'Instruction publique put-il acorder à cette assemblée l'éloge mérité de n'avoir produit « que des résultats utiles pour la société, honorables pour le corps médical. » C'est qu'en effet, suivant le conseil de l'honorable Rapporteur de la Commission d'organisation, M. A. Latour, dont le nom est inséparable de tout ce qui s'est fait d'utile et de grand, à cette époque, dans la profession médicale, les intérêts généraux de la société n'avaient pas été sacrifiés aux intérêts particuliers du corps médical; c'est que l'assemblée avait accepté, comme règle de conduite, ces nobles paroles que son Président, M. Serres, prononça à la première séance, et qu'elle souligna de ses applaudissements enthousiastes : « Nous devons tous rester désintéressés dans les questions qui vont se discuter dans le Congrès; l'utilité publique est seule en cause! » Quand une assemblée, délibérant sur des questions professionnelles, proclame de tels sentiments, elle imprime, par cela même, une bien grande puissance au résultat de ses travaux, et l'on peut sans crainte s'appuyer de son autorité.

Le rapport sur la question des deux ordres de médecins, confié au professeur Piorry, conclut en ces termes : « Il est impossible sans doute que tous les médecins aient le même degré de savoir ; mais la loi ne peut exiger qu'une chose, c'est que les épreuves soient égales pour tous et qu'elles offrent à la société toutes les garanties désirables..... Ce serait un étrange anachronisme, ce serait une atteinte grave à notre système d'égalité, ce serait mentir à nos institutions et ne pas se ressouvenir que le pauvre, éloigné des villes, a les mêmes droits que l'habitant des cités, que d'admettre pour lui des médecins de second ordre comme suffisants, tandis que ceux de premier ordre seraient consacrés au traitement des habitants des villes..... Ce n'est pas seulement dans l'intérêt de l'humanité, dans celui des docteurs, qu'il faut abolir l'institution des médecins de deuxième classe; c'est même dans celui de ces praticiens eux-mêmes. Quoi de plus affligeant pour les hommes instruits qui en font partie, quoi de plus humiliant pour eux que le degré infime où la législation les a placés? Ils sentent si bien ce que leur position a de pénible, qu'un *très grand nombre d'entre eux demande la suppression du deuxième ordre.* »

La Commission composée de 26 membres vota, à l'unanimité moins une voix, cette proposition : « *Il n'y a pas d'inconvénients réels à renoncer à avoir deux ordres de médecins* ; il y a *utilité publique* à n'en recevoir que d'un seul ordre. » Et, à son tour, l'assemblée tout entière, emportée par le discours plein de logique et de chaleur de Malgaigne, vota, *à l'unanimité, moins trois voix, la suppression des officiers de santé.* — C'est encore Malgaigne qui eut l'honneur de caractériser par des paroles aussi vives que justes, *l'exercice illégal* et de faire voter la nécessité, pour le reprimer, d'une pénalité plus efficace et plus énergique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point.

Immédiatement après la clôture du Congrès, M. de Salvandy mettant ses promesses à exécution,

nomma, pour étudier la réforme de la législation dans le sens indiqué par le Congrès, une Commission composée de trente-quatre membres choisis par les plus illustres médecins de l'époque : nous citerons Orfila, doyen de la Faculté, Donné, inspecteur de la médecine, Chomel, Bouillaud, F. Dubois, Royer-Collard, Andral, Velpeau, Roux, Dumas, Béhier, Marchal, Serres, Caventou, Bussy, etc., etc. Les travaux de cette *haute Commission des études médicales* et ceux du Conseil royal de l'Université donnèrent naissance au projet que le Ministre déposa, en 1847, à la Chambre des Pairs, projet qui, outre la création des conseils médicaux ou conseils de dicipline, sortes de syndicats professionnels, outre l'organisation de la médecine cantonale, *supprimait le second ordre de médecins* (1) et *réprimait très sévèrement* (six mois à deux ans de prison) *l'exercice illégal.*

La Commission de la Chambre des Pairs se montra plus libérale encore que le Ministre qui, du reste, se mit promptement d'accord avec elle sur les points principaux ; et le rapport du comte Beugnot, conçu dans des termes fort élevés, fut déposé le 6 mai 1847. « Une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine nous paraît nécessaire, dit le Rapporteur, car il ne nous est pas permis de laisser plus longtemps une profession honorable, qui rend chaque jour à la société et à la science d'éminents services, lutter avec ses seules forces, et en dépit du malaise qui l'affaiblit, contre les défauts d'une organisation qui n'a jamais été considérée que comme un état provisoire. »

Les généreuses intentions du Gouvernement et de la Commission trouvèrent un adversaire acharné dans un membre de la Chambre, plus habile orateur que profond penseur. Reculant de plus de vingt ans sur son époque, Victor Cousin crut devoir reprendre, en 1847, le rôle et les idées de Cuvier en 1825 ; et tout en se défendant bien de prendre en main la cause des officiers de santé, il fit tout ce qu'il put pour que leur suppression ne fût pas votée : aucun argument nouveau, du reste, mais une ignorance incroyable de la question, dissimulée sous une assurance des plus audacieuses ; et, ce qui ne saurait manquer de bien faire à la tribune, un certain dédain pour « MM. les docteurs qui croient pouvoir se charger du service médical de toute la France. » Partant de ce point de vue que le « *médecin idéal* » n'a pas besoin de connaître « les parties fines et un peu romanesques de la physiologie la plus récente, » il se contenta de revêtir d'un costume nouveau et brillant les arguments déjà vieillis du temps de Cuvier, et dans l'usage desquels ce grand homme avait apporté une bien plus grande réserve ; aussi ne ferons-nous que les résumer ici : on verra facilement qu'ils ne supportent pas la discussion et que les faits se sont depuis longtemps chargés de leur donner le plus cruel des démentis. C'est ainsi que Cousin se figure qu'un docteur ne pouvait se décider à aller exercer dans les campagnes qu'après avoir rempli les grandes villes de ses bévues ; il croyait que ce médecin, comme le personnage fameux du romancier, « à la recherche d'une position sociale, » avait des ressources suffisantes pour faire beaucoup de ces tentatives infructueuses, après lesquelles seulement il se décidait à traiter « son incapacité » par le séjour à la campagne.

Si l'on fait remarquer au fougueux orateur que tous les docteurs de la campagne sont loin d'être taillés sur le modèle qu'il a imaginé pour les besoins de la cause, et, qu'après tout, les paysans ont droit à des soins aussi éclairés que les gens de la ville, il s'écrie avec le cynisme d'un argumentateur aux abois, lui, cet homme qui se prétendait libéral : « On dit que la division du corps médical en deux classes est contraire à l'humanité et à la religion, à l'esprit de nos institutions et au génie de l'égalité ! — De quelle égalité veut-on parler ? *Dans quel bill des droits a-t-on rencontré ce droit égal de tous les hommes au même médecin ?* » Il n'était pas besoin de tant de discours pour arriver à une pareille conclusion. Aussi ces flots d'éloquence furent-ils dépensés en vain, et la parole simple, mais convaincue, d'un savant eut facilement raison de toute cette phraséologie : « C'est se faire, dit Flourens, une idée fausse du degré de lumières et de science qu'il faut avoir pour traiter les maladies des habitants des campagnes comme celles des habitants des villes, que d'imaginer qu'on puisse le faire sans une certaine capacité, sans un esprit exercé. . . . . J'aimerais mieux courir la chance d'avoir peu de médecins, mais des médecins véritables, instruits, complets, que d'en avoir beaucoup et de les avoir au degré d'ignorance où sont la plupart des officiers de santé. » Et Flourens déclare « *donner une adhésion entière à la suppression des officiers de santé, institution radicalement mauvaise.* »

Nous ne pouvons quitter cette discussion de 1847, sans signaler la part qu'y prit Montalembert. Car s'il est trop vrai que l'autorité compétente n'attache pas à la répression de l'exercice illégal toute l'importance qu'elle mérite, du moins est-ce la seule fois que l'on ait entendu faire, à une tribune française, le panégyrique de ce délit. M. de Montalembert, *se déclarant le défenseur de toutes les libertés*, et, partant de ce point, accuse le Gouvernement « d'être pris de la manie de tout réglementer, de vouloir se constituer le gardien, le propriétaire de la santé. » Il affirme que le simple exercice de la médecine, *même dans un but lucratif*, n'est pas un délit punissable de peines graves : aussi fait-il un reproche au doyen de la Faculté d'avoir fait poursuivre et condamner M[me] Hahnemann pour exercice illégal. « La médecine, d'ailleurs, ajoute-t-il, est une science extrêmement opposée aux innovations, elle est l'ennemie du progrès ; et, pour prouver son dire, c'est naturellement dans l'ancien régime qu'il puise ses arguments : oubliant lui-même que le temps a marché et que, avec le temps, la science a progressé, depuis que la Révolution l'a débarrassée des entraves qui arrêtaient son essor, il cite Guy-Patin et la querelle sur l'émétique !

Il ne comprend pas non plus que les médecins

(1) Les trois Facultés consultées sur cette suppression l'avaient acceptée d'avance.

se plaignent de « la concurrence que leur font les curés et les sœurs de charité, » et, sans craindre de montrer ici le bout de l'oreille, il blâme vertement le Congrès « d'avoir demandé qu'il fût interdit aux communautés de distribuer même gratuitement des médicaments. » Enfin il se refuse à voir dans les réclamations du corps médical autre chose « qu'un esprit de corporation, de caste, en quelque sorte, un esprit d'égoïsme, pour ne pas dire de cupidité, qui l'a blessé! » La réponse du comte Beugnot vient heureusement venger l'honneur de la profession médicale : «Je supplie, dit-il, l'honorable orateur, qui a prononcé ces dures paroles, de se reporter, par la mémoire, à cette année 1832, où un fléau dévastateur sévissait sur notre pays. Certes, à cette époque, on ne flétrissait pas le corps médical par des reproches d'égoïsme et de cupidité. Non, la France entière témoignait à ceux qui donnèrent alors de si beaux exemples de courage et de dévouement sa reconnaissance et son enthousiasme! » Et Montalembert voulut bien convenir qu'il avait été injuste.

Les efforts du comte Beugnot, de Flourens, du baron Thénard, et surtout de M. de Salvandy l'emportèrent, et le *projet de loi fut adopté par 108 voix contre 25*, après des débats qui occupèrent plus de six séances. Dans tout le cours de cette longue discussion, M. de Salvandy, malmené par Cousin, attaqué par Montalembert, déploya des qualités de premier ordre, qui lui valurent, lors de l'adoption de la loi, une véritable ovation de la part des membres de la Chambre des Pairs. La profession médicale fut défendue par lui avec une chaleur et une conviction qui expliquent bien cet enthousiasme : aussi le corps médical qui avait reçu avec espoir ses promesses, à la dernière séance du Congrès, qui avait remis avec confiance sa défense entre ses mains et qui, sans les événements politiques, aurait vu les efforts de son illustre protecteur couronnés de succès, doit-il garder la plus profonde reconnaissance pour la mémoire de M. de Salvandy, et ne jamais séparer son nom des grands noms médicaux qui retentirent au Congrès de 1845.

Victorieux à la Chambre des Pairs, à la fin de la session de 1847, le Ministre de l'Instruction publique déposa, à la Chambre des Députés, dès les premiers jours de la session de 1848 (3 janvier), « cette loi qui était sur le chantier depuis 35 ans. » Nul doute que les débats ne lui eussent encore donné la victoire, et que le corps médical n'eût vu, grâce à lui, ses vœux enfin réalisés, mais la Révolution du 24 février emporta à la fois la loi et le Gouvernement qui l'avait proposée!

Sous le Second Empire, en 1853 et 1854, la question fut remise à l'étude au Conseil supérieur et au Conseil d'Etat : il en sortit le projet qui est devenu la base du décret du 22 août 1854 (M. Bonjean, rapporteur), lequel décret conserve le deuxième ordre de médecins, mais supprime les jurys départementaux. C'était une demi-mesure qui ne pouvait contenter personne, et, dès ce jour, les officiers de santé, comme les docteurs, réclamèrent contre l'état de choses existant.

En 1863, le Sénat eut à s'occuper de pétitions demandant la révision de la loi de Ventôse, révision dont le Rapporteur, M. Tourangin, reconnaissait une fois de plus la nécessité. Les pétitions furent d'ailleurs renvoyées aux Ministres de la Justice, de l'Instruction publique et du Commerce, et il n'en fut plus question.

En 1864, nouvelles pétitions des docteurs signalant les officiers de santé comme un danger pour la santé publique, comme une cause d'abaissement pour le corps médical, — des officiers de santé réclamant la suppression de la disposition légale qui circonscrit leur activité dans les limites d'un département déterminé. En résumé, les uns et les autres demandent l'existence d'un seul ordre, puisque les premiers réclament la suppression du deuxième ordre, tandis que les seconds réclament la suppression de la seule différence réelle qui sépare l'officier du docteur, dans l'exercice des fonctions médicales. Le Rapporteur, l'éminent et malheureux Bonjean, dans un rapport bien étudié, où il s'efforçait de tenir la balance égale entre les deux ordres, finit par reconnaître que le problème aboutit à ce dilemne fatal :

« Si le programme du doctorat contient des parties inutiles, des choses de luxe et de pure curiosité, pourquoi ne pas les éliminer ?

« S'il ne contient que le nécessaire, comment confier la vie des citoyens à des demi-médecins qui ne possèdent pas les connaissances indispensables ? »

Le Sénat crut devoir ajourner la discussion à laquelle il déclarait n'être pas assez préparé!

Cependant, à partir de ce moment, une Commission spéciale mit la question à l'étude et, en 1868, M. Duruy affirmait que la loi « nécessaire pour l'enseignement médical » allait être soumise au Conseil d'Etat. Mais, à ce moment surgit la question de la liberté de l'enseignement supérieur qui nécessita de nouvelles études. Néanmoins, le Conseil supérieur de l'Instruction publique venait d'être saisi de la question, quand arrivèrent les tristes événements de 1870.

Le 5 décembre 1871, M. Alfred Naquet déposa à l'Assemblée nationale une proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, dont l'article 39 abolissait l'institution des officiers de santé ; mais en supprimant les Ecoles préparatoires et en n'admettant plus que l'existence d'une seule Faculté de médecine, il réduisait d'autant les sources mêmes du recrutement médical. Sur le rapport de M. Caron, ce projet fut renvoyé à la Commission de l'Enseignement supérieur.

Le 7 février 1872, MM. Naquet, Bourgeois,

Chevandier, Cochery, de Salvandy, etc., etc., résolus à compléter le précédent projet, déposèrent une proposition de loi tendant à ce qu'il fût nommé, dans l'Assemblée nationale, une Commission de quinze membres, pour étudier la révision générale de la législation de l'an XI, en ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la medecine et de la pharmacie. Un rapport fut fait qui concluait à la prise en considération ; mais le Rapporteur faisait quelques réserves sur la suppression du titre d'officier de santé « qui fournit *dans l'armée* (1) et dans nos communes rurales, un large contingent d'hommes utiles à la pratique de l'art (?). » Quoi qu'il en soit, la Commission fut constituée et se mit au travail. Dès le 28 juin 1872, M. de Salvandy, un nom prédestiné ! déposait son rapport. Ce travail, très bien fait et très étudié, concluait à l'urgence de la réorganisation des professions médicales et de la révision de la législation médicale. La Commission proposait de reprendre l'œuvre interrompue en 1848, en tenant compte de la différence des temps, des progrès réalisés depuis vingt-cinq ans et des nécessités nouvelles auxquelles il y a lieu de pourvoir, mais en adoptant pour base, dans ces limites, le projet sorti à cette époque des discussions de la Chambre des Pairs. L'Assemblée nationale avait bien d'autres préoccupations, et la réforme médicale en resta au rapport de l'honorable M. de Salvandy (2).

D'autres projets de loi intéressant la médecine ont encore été déposés dans ces dernières années ; mais ils concernent la création de nouvelles Facultés de médecine à Lyon, Bordeaux, et Lille. Ces nouvelles Facultés, réclamées à plusieurs reprises dans le but d'augmenter le nombre des docteurs et de faciliter ainsi la suppression du second ordre, avaient été demandées, en 1825, par M. Méchin à la Chambre des Députés ; par Double et Orfila à l'Académie de médecine, en 1833; par Cousin, en 1847. Elles furent enfin votées, les deux premières, sur le rapport de M. P. Bert, en 1874; la troisième seulement un peu plus tard. Cette création enlevait aux partisans de l'officiat leur dernier argument, et assurait d'une façon plus que suffisante le recrutement des docteurs.

Voilà, Messieurs, par suite de quelles vicissitudes l'exercice de la médecine reste encore soumis au régime de loi de Ventôse; voilà comment le corps médical semble avoir été choisi pour vérifier cette boutade connue, « qu'il n'est, en France, rien de si durable que le provisoire ! »

Peut-être trouvera-t-on que nous avons accordé de bien longs développements à un simple exposé historique; mais nous avons cru nécessaire à notre sujet de faire connaître les opinions qui ont eu cours sur l'utilité de la révision de notre législation médicale, afin de bien montrer que, si les légitimes réclamations, qui n'ont cessé de se faire entendre depuis 1811, n'ont pas encore reçu satisfaction, la faute n'en saurait être imputée ni aux Gouvernements qui les ont tous admises, ni au Pouvoir Législatif qui ne les a jamais repoussées, ni surtout aux médecins qui, hélas! malgré tout ce concours de bonnes volontés, ont pu cesser d'espérer, mais non pas de souffrir.

Nous sommes loin, d'ailleurs, d'avoir été complet sur la matière: beaucoup de projets nous ont échappé, parce qu'ils ne sont jamais sortis des cartons du Ministère; c'est ainsi que, lors de la discussion de 1847, M. de Salvandy déposa sur la tribune de la Chambre des Pairs vingt-et-un de ces projets mort-nés!

Qu'il nous soit permis, pour terminer dignement cet historique, de mentionner les très louables efforts tentés, à différentes reprises, par l'*Association générale* des médecins, en vue d'obtenir la révision tant souhaitée. Malheureusement les vœux de l'Association ne s'étant jamais produits sous forme de propositions de loi soumises au corps législatif, nous ne pouvons faire autre chose que de les indiquer ici : (1)

Augmentation du nombre des bourses de l'Etat dans les Facultés de médecine ;

Conditions d'aptitude à remplir par le médecin d'origine étrangère, à l'effet d'être autorisé à exercer sa profession en France ;

Interdiction aux sages-femmes d'opérer sans le concours d'un médecin d'autres accouchements que les accouchements naturels ;

Création d'un diplôme spécial pour les dentistes ; institution, dans chaque ressort de tribunal, d'un conseil de discipline pour les membres du corps médical, à l'exemple de la corporation des avocats. (Renvoyé au Ministre de l'Instruction publique).

(1) Il y a fort longtemps que le titre de docteur est exigé des médecins militaires: voir en particulier les décrets des 1er mai et 26 juillet 1850; — du 23 mars 1852 (art. XIII); — du 12 juin 1856 (art. XVIII). Les *officiers de santé* de l'armée sont, à l'exception des pharmaciens, tous *docteurs* : l'administration militaire est, dans ce cas, en progrès sur l'administration civile.

(2) — A l'occasion du concours régional de Marseille (mai-juin 1879), les membres du corps médical et pharmaceutique de la région se sont réunis pour étudier ensemble les réformes qui pouvaient être apportées aux lois et aux règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Ils ont arrêté une série de vœux qu'ils ont développés dans une pétition adressée au Sénat et à la Chambre des Députés.

Le mémoire, présenté récemment au Sénat par M. le sénateur Barne, traite spécialement des questions médicales et propose, entre autres réformes :

La suppression pour l'avenir du grade d'officier de santé ; délais et facilités accordés aux titulaires actuels pour se procurer le brevet de docteur ;

Obligations pour les communes rurales d'assurer le service médical, dans les campagnes, par des subventions spéciales accordées aux médecins ; au besoin avec le concours du département et de l'Etat ;

(1) C'est en effet dans l'annuaire de l'Association générale que l'on trouve, sous sa forme la plus poignante, l'expression des besoins du corps médical. Citons en particulier les pièces suivantes :

1861. *Exercice illégal* de la médecine par les prêtres et les religieuses. Rapport de M. Tardieu, p. 250.

1862 : *Vœux de l'Association de la Loire.*

1° Que l'Association générale provoque et organise un pétitionnement général dans tout le Corps médical de France, pour demander la révision de la loi sur l'exercice de la médecine, au moins en ce qui concerne la pénalité de *l'exercice illégal* ;

III. DE LA SUPPRESSION DES OFFICIERS DE SANTÉ

Comme on a dû le remarquer dans le long exposé qui précède, c'est toujours la question des deux ordres qui a soulevé les plus sérieuses réclamations, suscité les plus vives discussions; c'est donc aussi la première qui doit s'imposer à notre étude. Nous aurons à examiner 1° si l'officier de santé est un praticien suffisant ; 2° s'il est utile ; 3°, et ce sera la conséquence de la discussion précédente, s'il répond aux préoccupations que la loi avait en vue en l'instituant.

On a soutenu que le praticien n'a pas besoin d'être un savant, qu'il lui suffit d'être un homme de bon sens et d'expérience. Ici il faut bien s'entendre sur les mots. On désigne sous le terme général de bon sens un ensemble de principes ou notions évidentes par elles-mêmes qui servent à déterminer notre jugement, à régler notre conduite. Où sont donc, en médecine, ces notions évidentes par elles-mêmes, qui s'imposent à l'intelligence du premier venu ? Sans doute, la médecine repose sur un certain nombre de principes comme toutes les autres sciences; mais, dans la science médicale, comme dans celles-ci, ces principes ne se révèlent avec évidence que pour ceux qui ont appris à les rechercher, à les discerner, à les traduire. Quant au prétendu bon sens que l'on invoque pour l'opposer à la science et pour en tenir lieu, il en est souvent le contre-pied, la négation absolue, car il n'est que le résultat de traditions et de préjugés. C'est le bon sens que l'on a invoqué autrefois pour nier les mouvements de la terre, la circulation du sang etc.; c'est toujours au nom du bon sens que les ignorants refusent d'accepter les données nouvelles de la science. Que l'on cesse donc de s'attacher à une opposition ridicule que l'on a mise dans les mots, mais qui n'existe pas dans les choses; et que l'on reconnaisse, avec nous, que le médecin, qui aura le plus de bon sens et de jugement, sera celui que son instruction aura mis à même de mieux savoir et de mieux voir.

On parle d'hommes d'expérience : croit-on que l'étude attentive, l'observation raisonnée des maladies soient choses si faciles ? Pense-t-on que l'explication des symptômes qu'accusent les malades puisse s'inventer ou soit inutile pour diriger ou motiver le choix du traitement? C'est là un travail qui réclame, en outre de qualités d'esprit toutes particulières, une habitude d'observation et de raisonnement qui ne s'acquiert que très lentement; et, c'est seulement quand on l'a acquise qu'on peut passer pour un homme d'expérience, sans être pour cela un grand savant. Ce ne sont certes pas les études antérieures que l'on exige des officiers de santé, puisqu'on ne leur en demande pour ainsi dire aucune, qui peuvent développer en eux, dans l'espace de trois années, de pareilles qualités et un tel état d'esprit ; ceux d'entre eux qui, plus heureusement doués ou plus aptes aux travaux intellectuels, finissent, après une longue pratique et à force de réflexion, par devenir des hommes vraiment expérimentés,

---

2° Qu'une règlementation relativement aux annonces et affiches médicales et pharmaceutiques, propre à faire disparaître les abus criants de la liberté actuelle, soit demandée par l'Association à qui de droit;

3° Que les annonces et affiches médicales et pharmaceutiques, en dehors des organes et moyens de publicité qui s'adressent exclusivement aux médecins et aux pharmaciens, ne puissent, sous des peines sévères, contenir un énoncé propre à indiquer d'une manière quelconque soit les propriétés médicamenteuses, soit l'usage, pour le traitement de maladies spéciales, des objets annoncés ou affichés, (p. 130.)

1863. *Exercice illégal.* Rapport de M. PAUL ANDRAL, p. 137.

1864. Rapport général de M. A. LATOUR, p. 67 et suivantes.

— Rapport sur cette question : *Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine?* par M. AM. LATOUR. Conclusion adoptée par l'Assemblée générale de 1864 :

Le Conseil général invite toutes les Sociétés locales à mettre immediatement à l'ordre du jour l'etude des questions sur lesquelles elles désirent que porte la révision de la loi actuelle, (p. 106).

— *Révision des lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine.* — Rapport de M. ROUSSEAU au nom de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, (p. 170).

— *Notice sur la réforme de la législation médicale* par le Dr BERTRAND, présentée à l'Association locale de l'Aube, p. 173.

1865. Rapport général de M. A. LATOUR, p. 67 et suivantes.

— Rapport de M. BARRIER, à l'occasion de l'enquête ouverte par l'Association des médecins de France, *sur la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine.* 64 Sociétés locales avaient émis sur l'exercice illégal le *vœu d'une repression efficace par une pénalité plus sévère*, (p. 100). — 72 Sociétés se déclaraient absolument contre le maintien du second ordre de médecins.

1866. Rapport général de M. A. LATOUR, p. 72.

Rapport de M. TARDIEU sur les démarches faites par le Conseil général auprès du Ministre de la Justice, à l'effet d'obtenir la *révision des lois relatives à l'exercice illégal de la médecine.*

1870-71. Rapport de Me GUERRIER, avocat à la Cour d'Appel, sur *l'exercice illégal.*

1874. Rapport général de M. BROUARDEL, p. 47, 56, 69.

1875. Rapport général de M. BROUARDEL, p. 70, 81.

1876. Rapport général de M. A. LATOUR, p. 73, 80.

— . Rapport de Me ROUGIER (de Lyon), sur *l'exercice illégal.*

1877. Rapport de M. DUFAY, sur *les modifications à apporter aux lois de l'an XI.*

— Rapport de M. JEANNEL, sur *l'exercice illégal.*

1878. Rapport général de M. A. LATOUR, p. 55.

Dans ce dernier travail, l'honorable secrétaire général de l'Association rappelle que M. BARDOUX, alors Ministre de l'Instruction publique, avait fait demander à l'Association de lui présenter un projet de loi sur l'exercice de la médecine, assurant que le Gouvernement lui en serait reconnaissant.

au jugement sûr et droit, doivent une bonne partie de ce qu'ils sont à leurs malades qui ont dû faire les premiers frais de leur instruction.

Personne ne voudrait soutenir que le premier venu peut, en trois ans, devenir un praticien expérimenté, alors que le jeune docteur, dont l'esprit a été longuement préparé par de bonnes et solides études littéraires et scientifiques, et qui emploie le plus souvent 5, 6 et 7 ans à faire ses études médicales, n'est lui-même, au sortir de l'école, que tout juste armé pour la pratique; mais s'il est loin d'être déjà un praticien parfait, au moins a-t-il l'habitude des sciences expérimentales, au moins a-t-il en main une méthode sérieuse qui le guidera et l'empêchera de s'égarer. Il est donc absolument déplacé de dire que l'officier de santé est le *praticien*, par rapport au docteur qui serait le *théoricien*. Il faut simplement reconnaître que l'on a donné au docteur une instruction et des habitudes qui lui permettent de compléter ses connaissances, sans qu'il en coûte rien au malade; tandis que l'officier de santé est condamné à rester un médecin ignorant dans la théorie, cela est parfaitement vrai, mais aussi insuffisant dans la pratique; incapable, sauf de très honorables exceptions, de combler les lacunes trop nombreuses d'une instruction qui n'a pu être qu'ébauchée, incapable surtout de comprendre et de suivre les progrès de la science.

C'est ce qu'avait fort bien compris le législateur; en instituant le grade d'officier de santé, il n'ignorait pas qu'il allait créer un médecin incomplet; mais il y avait dix ans passés qu'on ne faisait plus de médecins du tout: il fallait à tout prix en avoir, la santé publique le réclamait impérieusement et l'on n'avait pas le temps d'être bien sévère. Il était, en outre, nécessaire de consacrer les droits de ceux qui exerçaient sans diplôme, depuis que le diplôme était supprimé; il était surtout indispensable de mettre un terme au désordre et aux calamités qu'avait fait naître la liberté de l'exercice de la profession médicale, après une épreuve de quelques années seulement. « Tribuns, s'écriait Thouret, après une affreuse anarchie, pendant le long silence des lois, le *désordre* a gagné de toutes parts et s'est établi dans le domaine de l'art de guérir. Des hordes d'empiriques assiègent les places dans les cités, se répandent dans les bourgs, dans les campagnes, et portent partout *la désolation et l'effroi*: vous ferez cesser cette *calamité publique;* vous mettrez un terme au *brigandage* qui règne. »

Les intentions des législateurs de 1803 sont donc bien évidentes, et les circonstances difficiles, où ils se trouvaient, justifient amplement leur conduite. Mais ils ne se dissimulaient pas que le second ordre de praticiens offrait, en somme, peu de garanties et ils ne s'aveuglaient pas sur l'imperfection de la nouvelle institution; aussi eurent-ils soin de limiter les droits de l'officier de santé par l'art. 29 de la loi: « *Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury..... Ils ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi...* » Examinons donc si vraiment ces restrictions sont de nature à corriger, dans la pratique de l'officier de santé, ce que ses connaissances ont nécessairement d'incomplet.

L'officier de santé ne peut exercer la médecine hors du département pour lequel il a opté au moment de son examen. Cette prohibition, la seule qui établisse, en réalité, une différence assez importante entre les deux grades, semble, au premier abord, quelque peu ridicule. On comprend difficilement, en effet, le rapport qui peut exister entre l'aptitude et les capacités d'un praticien à soigner les malades et la présence ou l'absence d'une borne départementale. Il ne paraît guère admissible que celui qui a droit d'exercice de ce côté-ci de la borne soit déclaré exercer illégalement de ce côté-là. « Vérité au deçà des Pyrénées, erreur au-delà! Plaisante justice qu'une rivière borne! » disait Pascal. Ici ce n'est plus une chaîne de montagnes, ce n'est plus une rivière, c'est une ligne et une ligne fictive, une ligne conventionelle qui va séparer la légalité de l'illégalité dans l'exercice d'une profession libérale!

Quels ont donc été les motifs qui ont poussé le législateur à imposer une pareille restriction? Ces motifs, nous les trouvons dans la méfiance qu'il n'a pu s'empêcher d'éprouver, en établissant le second ordre de médecins. Et si nous pouvions conserver quelque doute à ce sujet, Fourcroy lui-même se chargerait de nous éclairer: « Les médecins du second ordre ne pourront pratiquer les branches les plus simples de l'art de guérir que dans le département où ils auront été reçus, *parce qu'ils pourront être plus immédiatement surveillés dans leur profession*, parce que, plus près de la puissance morale qui leur aura conféré leur état, *ils pourront moins s'égarer dans la route et quitter la ligne de leurs devoirs.* » C'est encore ce que répétait le Ministre de l'Intérieur en 1825. « Qu'un élève parvienne par des moyens quelconques à obtenir le droit d'exercer une profession dont son ignorance aurait dû l'exclure, *il pourra faire des victimes dans le ressort où il aura été autorisé à s'établir*; mais, du moins, lorsque la méfiance publique aura fait justice de son incapacité, il ne pourra pas à son gré en multiplier les conséquences dangereuses dans d'autres pays. » Enfin le Ministre de l'Instruction publique de 1847 n'hésite pas à déclarer que le législateur a voulu *muleter, marquer d'un sceau à part* les hommes auxquels il imposait ces restrictions. »

Nous n'avons rien ajouter à ces sévères jugements; mais il nous est bien permis de nous demander, avec un orateur de 1825 (M. Méchin), s'il y a vraiment nécessité à conserver cet ordre « de médecins équivoques, que la loi circonscrit dans des limites étroites, comme une plante au moins douteuse dont elle craint le propagation? » La statistique répondra bientôt à cette question

Pour le moment, nous devons étudier si la seconde différence établie par le législateur entre les deux ordres de médecins existe réellement dans la pratique.

D'abord, au point de vue purement médical, le droit de l'officier de santé est entier; comme le docteur, il peut administrer à sa guise les remèdes les plus actifs : à ce sujet aucune différence entre les deux ordres.

Dans la pratique de la chirurgie, il est interdit à l'officier de santé de faire une grande opération chirurgicale, sans se placer sous la surveillance et l'inspection d'un docteur. Mais la loi a oublié de définir ce qu'il fallait entendre par grande opération. D'une façon générale, aujourd'hui, la jurisprudence comprend sous ce titre toute opération qui est d'une exécution difficile, qui porte sur des organes profonds ou dont les fonctions sont essentielles à la vie; qui présente le danger de léser des vaisseaux importants ou des nerfs : qui peut entraîner une infirmité grave. On considère comme telles les amputations, les résections, la lithotomie et la lithotritie, la hernie étranglée, la trachéotomie, l'opération césarienne. La même importance a été attribuée à la réduction d'une fracture d'un des os de l'avant-bras par un arrêt de la Cour de Paris en 1863 (Tourdes). L'application du forceps et la ligature d'une artère doivent encore rentrer dans la classe des grandes opérations : on le voit, en chirurgie, les droits de l'officier de santé sont très limités, tellement limités même, qu'on se demande ce qu'il lui est permis de faire. Quelle différence y aurait-il pour les campagnes à avoir un praticien dont l'intervention serait ainsi restreinte, dans les cas où l'on a le plus besoin de lui, ou à n'en point avoir du tout? Aussi, en pratique, ce que la loi ne permet pas, l'officier de santé le fait malgré la loi : « Et il a bien raison (1); comment veut-on qu'il ne le fasse pas? Comment! quand un malade lui est confié, qu'il est loin de tout docteur, qu'il y a du danger pour la vie de l'homme dont il répond, il s'arrêtera devant la loi, il laissera mourir le malade, il ne mettra pas en usage, pour le sauver, les moyens nécessaires? » — Mais son instruction est insuffisante pour lui permettre d'agir avec discernement? — C'est un malheur pour lui et surtout pour le malade; il y a urgence, et l'urgence le mettra au-dessus de tout reproche. Or peut-on déterminer, en théorie, le moment précis où commence l'urgence pour pratiquer la trachéotomie par exemple, ou pour opérer une hernie étranglée, lier une artère? D'ailleurs il sera toujours facile à ce praticien, s'il ne veut point appeler un confrère docteur, de laisser le mal empirer jusqu'à ce qu'il soit devenu impossible de remettre; et alors il s'excusera sur l'urgence que seul, en qualité de médecin traitant, il a à apprécier. Comment veut-on que l'officier de santé, dont le client du reste ne connait jamais le titre, se résolve à appeler auprès de son malade, son voisin le docteur, avec qui il est le plus souvent en lutte réglée? Et puis, si son client n'est pas riche, a-t-il le droit de lui imposer un surcroît de dépense, alors surtout que ce client lui accorde toute sa confiance et le presse d'agir lui-même?

(1) M. de Salvandy

Voyons enfin de quelle sanction la loi a accompagné sa prohibition : « Dans le cas d'accidents graves, arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection d'un docteur, il y aura recours en indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable. » Voilà tout : si l'opération réussit, pas de poursuite possible, personne n'ayant été lésé, — si ce n'est le docteur du voisinage; — si elle échoue, ou est suivie d'accidents, qu'ils soient ou non imputables à l'opérateur, — il y a toujours au moins présomption contre lui, — simple recours en indemnité. Une pareille disposition semble être une invitation perpétuelle à enfreindre la loi : on espère toujours que l'opération réussira; et, si elle ne réussit pas, quel est celui des assistants qui pourra dire qu'une faute a été commise? C'est du reste exactement le même raisonnement que se font les rebouteurs et toutes les personnes qui se livrent à l'exercice illégal.

Quant aux officiers de santé qui n'ont pas le voisinage gênant d'un docteur, sans offrir pour cela à la société plus de garanties que les autres, ils peuvent couper et tailler à leur aise. Aussi le docteur qui vient s'établir à proximité d'un officier de santé est-il certain que celui-ci emploiera tous les moyens possibles pour se soustraire à la tutelle que ce voisinage inopportun va lui imposer, et voilà la guerre allumée! C'est pourquoi il est rare qu'un docteur songe à s'établir dans une localité déjà pourvue d'un officier de santé; c'est pourquoi beaucoup de communes manquent encore de docteurs. Et, vraiment, il faut reconnaître que, si l'officier de santé exécutait la loi à la lettre, la pratique lui deviendrait bien difficile : sans cesse obligé de recourir au docteur, il diminuerait d'autant ses revenus, tout en augmentant d'une façon notable les frais de maladie de ses clients (c'est à quoi la loi n'a pas songé); il se verrait ainsi bientôt exclu de la majeure partie des familles où il aurait bénévolement introduit son concurrent.

Les limites que la loi a mises à la pratique de l'officier de santé sont donc complètement illusoires, et, en réalité, dans l'immense majorité des cas, les droits des deux ordres sont confondus : tout le monde en est tombé d'accord dans les différentes discussions qui ont eu lieu à ce propos. Aussi s'est-on rejeté, pour légitimer l'existence d'un second ordre de médecins, sur un argument d'une tout autre espèce.

On a dit que ce second ordre servait à assurer le service médical des campagnes, que le docteur ne voudrait pas accepter de faire. « Des hommes intelligents et instruits ne peuvent consentir à aller enfouir leurs talents dans les campagnes. » Cette assertion du tribun Carret est restée l'argument favori des partisans du deuxième ordre! Le voici orné de toutes les fleurs de la rhétorique par

Victor Cousin : « J'admire qu'on travaille en même temps à élever le docteur si haut et à le répandre jusque dans les plus humbles communes... En vérité, M. le Ministre (M. de Salvandy) veut couvrir la France d'Hippocrates. Je ne demanderais pas mieux si cela était possible ; mais les Hippocrates sont rares, et quand on les trouve, c'est à Athènes et non pas au village. Le projet de loi ne change point la nature humaine ; tenez pour assuré que, sauf exception, vous n'aurez dans les villages que le rebut des docteurs. Représentez-vous, MM., la situation d'un docteur en médecine qui, n'ayant pu réussir ailleurs, après bien des tentatives infructueuses, est contraint de venir exercer dans une campagne ou dans une petite ville. Quelle chute pour un homme qui a passé plusieurs années au sein d'un foyer de lumières éblouissantes, et qui a bu à la coupe de la science la plus relevée ! Le voilà tombé parmi des paysans, des ouvriers, de petits marchands : son sort lui paraît bien triste ; et, au lieu d'en accuser sa propre incapacité, il rejette la faute sur tout le monde... Notre docteur de Paris ou de Montpellier, relégué dans une pauvre commune, me fait un peu l'effet d'un docteur de Sorbonne devenu curé de campagne ! » Avons-nous besoin de faire remarquer combien cette dernière comparaison est peu juste : le docteur de Sorbonne, tel que l'entendait Cousin, a besoin, pour faire valoir tous ses talents, d'une galerie, et d'une galerie de beaux esprits comme lui ; ce n'est certes pas à la campagne qu'il pourrait donner satisfaction à son amour-propre un peu étroit de lettré ! Le docteur en médecine, au contraire, trouvera toujours l'occasion d'appliquer sa science, d'exercer son art partout où il y aura des malades. Sans doute, il peut être plus agréable de soigner des ministres que des gens grossiers ; mais les ministres ne manquent pas de médecins, et force est bien au praticien de chercher, avant tout, à s'établir dans les endroits où il trouve des conditions assurées d'existence. Quant à la façon dont Cousin paraissait croire que le docteur allait s'établir à la campagne, *après bien des tentatives infructueuses* pour rester à la ville d'où l'aurait chassé « son incapacité, » nous avons déjà vu que c'était pure imagination de sa part ; et, dès 1864, M. Bonjean, qui se faisait une idée bien plus exacte de la réalité, remplaçait ce roman de haute fantaisie par des considérations pratiques fondées sur une observation sérieuse des faits :

« Les aspirants au doctorat ne sont point les grands seigneurs que vous dites, menant la vie élégante et facile des grandes villes, y contractant l'habitude du luxe et du confort, avec le besoin des plaisirs raffinés de l'esprit. Sauf de rares exceptions, ils appartiennent à des familles de médiocre fortune ; ce sont des fils de médecins, de petits propriétaires. Ils savent les sacrifices que s'imposent leurs familles, et il n'en travaillent qu'avec plus d'ardeur à conquérir cet état honorable qui sera un jour la consolation et l'orgueil des vieux parents. Ce n'est point dans les salons, au sein de la vie élégante, que vous les trouverez, mais dans les amphithéâtres, aux cours particuliers, dans les hôpitaux et dans la pauvre mansarde où leur veille laborieuse rédige la leçon du jour et prépare le prochain examen.

« Puis, quand, après quatre ou cinq ans de cette rude vie de labeur et de privations, il entre en possession du bienheureux diplôme, si péniblement conquis, il a hâte de retourner au pays natal, de s'asseoir au foyer de la bonne vieille maison paternelle, où l'attend presque toujours un mariage dès longtemps ménagé par la prévoyante tendresse des parents. Ville ou village, que lui importe ? N'y trouve-t-il pas les souvenirs si doux de l'enfance, des amis, des sœurs toutes fières de leur frère le docteur ?

. . . .

« Et pourquoi donc le nouveau docteur répugnerait-il à se fixer dans la petite localité qui l'a vu naître ?... N'y trouve-t-il pas, avec la considération attachée à son titre, tous les éléments de bonheur qu'il a pu raisonnablement rêver ? — Suivez-le un instant encore dans son utile carrière.

« Le voilà établi, le plus souvent dans la maison paternelle. Sur sa porte, à la suite de son nom, il a écrit les glorieuses initiales D. M. P. ou D. M. M. Arrive le premier malade, ce malade béni, attendu avec tant d'impatience, et qui sera soigné avec tant de sollicitude ; puis, peu à peu, la clientèle s'étend ; il faut courir de jour, de nuit, répondre à tous les appels : heureux embarras, dont il affecte de se plaindre avec une secrète et orgueilleuse satisfaction !

« L'expérience vient se joindre aux théories de l'école et en tempérer les hardiesses ; en voyant de près les hommes et leurs misères, bien des illusions se dissipent ; et bientôt, à l'étudiant un peu bruyant de nos écoles, succède le docteur de campagne, grave, simple, pour qui la fatigue devient une habitude et le dévouement un besoin ; assez savant pour connaître les défaillances de la science, pas assez riche pour dédaigner d'ajouter à son modeste héritage l'utile supplément des gains professionnels, pas assez pauvre pour ne pas laisser souvent dans la chaumière le prix de la visite faite au château.

« Il a habité les grandes villes, tant mieux ; car plus il aura vu de près les misères qui s'y cachent sous leur luxe trompeur, plus il appréciera le prix de cette bonne vie qui lui est faite, au milieu de ces figures connues qui le saluent affectueusement au passage.

« Tel est, M. M., le docteur de campagne, l'un des types les plus respectables de cette moyenne bourgeoisie française, qui en contient tant d'excellents. »

Que devient, en face de ce tableau si saisissant de vérité, cette théorie au moins singulière que l'officier de santé est le vrai médecin des campagnes, parce qu'il exerce dans la classe même de la société d'où il est sorti, parce qu'il a la même vie, les mêmes idées et le même langage que ses malades ; enfin, parce qu'ayant des besoins moindres, il peut aussi demander une moindre rétribution que le docteur. « A des malades simples et pauvres, disait Cousin, dont M. Bonjean

résume ainsi les paroles, il faut un médecin simple et pauvre comme eux, qui puisse comprendre le langage, les besoins, les préjugés de ses modestes clients, qui, né dans une condition peu élevée, habitué dès son enfance à la vie sobre des chaumières, ayant conquis son grade à peu de frais, puisse se contenter d'une modeste rétribution. » — « Ne dirait-on pas, répond excellemment M. Dechambre, que les vertus champêtres sont toutes retirées chez l'officier de sant ? Quel rôle jouent donc les docteurs établis dans les campagnes ? manquent-ils de dévouement, de mansuétude, de patience ? Ceux qui le croient ne les ont jamais connus; ils ne les ont jamais rencontrés à cheval, à pied, le jour, la nuit, sur les chemins, sur les montagnes couvertes de neige ou brûlées par le soleil; ils ne les ont jamais vus au grabat du pauvre, aussi doux, aussi compatissants, aussi attachés à l'œuvre de salut que devant le lit du riche. Nous ne craignons pas d'aller plus loin et de dire, sans faire injure à personne, que, le cœur s'élevant avec l'instruction et l'éducation, il y a présomption que le docteur en médecine sera plus particulièrement pénétré du sentiment des devoirs professionnels. »

Il est un autre argument mis en avant par des personnes étrangères à l'art de guérir et aux premières notions de la science : il suffit de l'énoncer sans lui faire les honneurs de la discussion ; nous l'avons d'ailleurs rapporté dans notre historique, où il faut le conserver à titre de curiosité. C'est celui qui consiste à prétendre que les maladies de *l'homme des champs* sont plus simples, plus faciles à guérir que celles du *citadin* : l'absurdité ne se démontre point, tant pis pour qui ne la voit pas ! Si le système des deux ordres repose sur une inégalité, ce n'est certes pas sur l'inégalité dans la gravité ou la marche des maladies, c'est bien plutôt sur l'inégalité d'intérêt que l'on accorde « à la vie du riche et du pauvre, à la santé de l'habitant des villes et de l'habitant des campagnes, qui ne seraient pas exactement de même nature, sinon de même valeur, ni aux yeux de la science, ni aux yeux de la loi (1). » Nous avons déjà vu que Cousin admettait parfaitement cette inégalité. Laissons-lui cette opinion cruelle et égoïste qu'il a été seul d'ailleurs à oser émettre; et, pour nous, nous dirons que si une différence devait être établie entre le médecin des villes et celui des campagnes, c'est de ce dernier que l'on devrait exiger le plus de connaissances. A la ville, le médecin peut se spécialiser, n'exercer qu'une branche de son art, et, dans sa pratique, dès qu'il s'inquiète et craint de ne plus être maître de la situation, il p ut appeler à son aide un confrère, un maître qui viendra soutenir son inexpérience ou partager sa responsabilité. A la campagne, le médecin est seul et doit se suffire à lui-même; il faut qu'il embrasse toutes les branches de l'art : tour à tour médecin, chirurgien, accoucheur, oculiste etc., etc., il n'a pas le droit de se récuser, pas le droit même d'hésiter ; il faut qu'il agisse et qu'il agisse de lui-même et avec ce qu'il sait ! Bien plus, c'est au seul médecin de la campagne que la loi a cru devoir, dans certaines circonstances, accorder le droit de cumuler, avec ses fonctions médicales, l'exercice de la pharmacie.

(1) M. de Salvandy, 1848.

La question économique, nous l'avons vu, est aussi intervenue dans le débat, et on a dit : les officiers de santé, issus d'une condition moins élevée que les docteurs, et ayant dépensé moins d'argent pour faire leurs études, doivent se faire payer moins cher. Qu'on nous permette d'abord une remarque qui n'avait pas échappé à la sagacité de M. Bonjean, c'est que plus le praticien sera pauvre et sans ressources, moins il lui sera possible d'être large et charitable envers son client nécessiteux : il faut qu'il vive de sa profession. N'insistons donc pas sur ce point et disons simplement qu'en réalité, l'officier de santé, comme le docteur, — et on ne saurait l'en blâmer, — cherche à se faire payer le plus qu'il peut. Or, ce *maximum*, toujours bien modeste, peut varier suivant le client, mais ne varie jamais selon que le médecin est de premier ou de second ordre. On ne fait pas de différence, à la campagne, entre le docteur et l'officier de santé, par la bonne raison que l'on n'y sait pas que cette différence existe : le terme générique de médecin sert à désigner l'un et l'autre ; et, comme le costume ne diffère pas, quand le médecin présente sa note, on ne lui demande pas ses titres. C'est donc bien à tort que l'officier de santé aurait la modestie de ne demander à ses malades qu'une fraction de ce que demande le docteur.

Du reste, si au lieu de discuter toutes ces théories imaginées à plaisir et pour les besoins de la cause, on veut bien ne tenir compte que de la réalité, on conviendra facilement avec nous que les officiers de santé, comme les docteurs, et plus que les docteurs, ont, avant tout, le désir de ne s'établir que là où ils croient pouvoir vivre. L'officier de santé, qui espère trouver à la ville une clientèle suffisante, reste à la ville; de même le docteur, qui voit une situation possible dans la campagne, n'hésite pas à aller à la campagne ; aussi trouve-t-on nombre d'officiers de santé dans les villes, et même dans les grandes villes, à Paris par exemple, où il y a un officier de santé pour dix docteurs; et, par contre, nombre de docteurs dans les campagnes ; mais ce qui empêche beaucoup de docteurs de s'établir à la campagne, c'est que les bons postes y sont le plus souvent aux mains d'officiers de santé et que le docteur recule toujours devant la concurrence de ces derniers; de sorte que les officiers de santé qui ne devraient exister que dans les endroits où le docteur est censé ne pouvoir vivre, sont, au contraire, un obstacle à ce qu'il se fasse une répartition plus égale des docteurs sur tous les points où elle pourrait et devrait s'établir, dans l'intérêt même des malades.

S'il en était autrement, comment le service des campagnes se serait-il toujours trouvé assuré, bien que le nombre des officiers de santé eût diminué de plus de moitié depuis 1847, où l'on en

comptait 7456, jusqu'à 1876, où il n'y en avait plus que 3633 ? C'est qu'à mesure que les officiers de santé disparaissent, ils sont remplacés par des docteurs ; et, comme le nombre total de ceux-ci a aussi éprouvé une légère diminution, il faut bien admettre que leur répartition est devenue meilleure, bien qu'elle laisse encore beaucoup à désirer. Dès 1847, le Comte Beugnot exposait avec beaucoup de clarté les raisons qui empêcheront longtemps encore cette répartition de devenir meilleure. « Il y a en France, par malheur, un nombre trop grand de cantons ruraux où, à cause de la pauvreté des habitants, de leur peu de foi dans la médecine, ou du crédit des guérisseurs, aucun médecin, officier de santé ou docteur, n'a jamais pu et ne pourra jamais s'établir, les dispositions ou la pauvreté des habitants restant du moins ce qu'elles sont. » Il y aurait cependant, à notre avis; un remède à ce mal, ce serait: 1° de réprimer l'exercice illégal; 2° d'organiser d'une façon équitable et libérale la médecine cantonale dans nos campagnes. Nous aurons bientôt à parler du premier point ; quant au second, il sera l'objet d'un travail particulier qui ne saurait se faire attendre.

Ainsi il est dès maintenant bien clair que l'institution des officiers de santé ne présente pas les conditions d'utilité que la loi de Ventôse avait en vue. Bien plus, nous trouvons dans le rapport de M. P. Bert, en 1874, et dans l'article publié par M. Dechambre en 1880, des calculs irréfutables de statistique qui prouvent que « le médecin des campagnes » ou médecin des pauvres, comme on s'est plu à qualifier l'officier de santé, existe en bien moins grand nombre et diminue beaucoup plus vite dans les régions pauvres que le docteur ou « médecin des riches. » Cette remarque avait été déjà faite par M. de Salvandy en 1848.

Si l'on dresse deux cartes de France, en marquant sur l'une les départements d'une teinte d'autant plus foncée que le nombre des docteurs y est plus faible et que l'on exécute le même travail sur l'autre pour les officiers de santé, on devrait, s'il est vrai que les officiers occupent les postes dont les docteurs ne sauraient se contenter, avoir deux cartes d'un aspect tout à fait inverse. « Or, dit M. Paul Bert, sauf de rares exceptions, il en va tout autrement. Nous voyons bien quelques départements compenser par de nombreux officiers de santé une partie de ce qui leur manque en personnel de docteurs (*Corse*, 1 docteur sur 8,720 habitants, 1 officier sur 1,296 ; *Ille-et-Vilaine* 1 docteur sur 7,400 habitants, 1 officier sur 4,957), et non moins rarement un département, riche en docteurs, n'avoir que peu d'officiers de santé (*Aveyron, Cantal*); mais cela est la minime exception. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les départements qui possèdent déjà une proportion raisonnable de docteurs, qui ont le plus d'officiers de santé; et réciproquement, ce qui est bien plus grave, ce sont les départements les plus pauvres en docteurs qui le sont également le plus en officiers de santé, en telle sorte qu'ils sont presque absolument dépourvus de soins médicaux. (1).

. . . .

« En somme, la carte de la distribution géographique des officiers de santé, *bien loin de présenter* un aspect inverse de celle des docteurs en médecine, lui ressemble presque absolument, sauf une importante exception.

« Les riches départements du Nord de la France, qui sont marqués en teinte foncée sur la carte des docteurs, ressortent en clair sur celle des officiers de santé, le nombre proportionnel de ceux-ci, par rapport à la population, y étant égal ou même supérieur à celui des docteurs. Ainsi, dans le *Nord*, il y a 1 docteur sur 6,420 habitants, 1 officier sur 4,993 ; dans le *Pas-de-Calais*, 1 docteur sur 7,467 habitants, 1 officier sur 3,205; dans la *Somme*, 1 docteur sur 6,434 habitants, 1 officier sur 2,651 ; dans l'*Aisne*, 1 docteur sur 5,535 habitants, 1 officier sur 4,516; dans l'*Oise*, 1 docteur sur 4,510 habitants, 1 officier sur 4,968; dans la *Seine-Inférieure*, 1 docteur sur 4,616 habitants. 1 officier sur 6,269; dans la *Marne*, 1 docteur sur 3,706 habitants, 1 officier sur 3,742; dans l'*Aube*, 1 docteur sur 3,369 habitants, 1 officier sur 3,326.

« On peut encore rendre ce résultat plus manifeste en cherchant quelle est, dans chaque département, la proportion du nombre des docteurs en médecine, par rapport au nombre des officiers de santé. On trouve alors que les 18 départements, où le nombre des officiers de santé est moindre que le cinquième de celui des docteurs, sont presque tous des départements pauvres : *Corrèze*, 100 docteurs pour 15 officiers de santé; *Lozère*, 100 pour 14; *Cantal*, 100 pour 11; *Cher*, 100 pour 11; *Aveyron*, 100 pour 9; d'une manière générale, le *plateau central* et la *région des Vosges* comptent très peu d'officiers de santé. Au contraire, parmi les 11 départements où on les trouve plus nombreux que les docteurs, il faut citer : le *Nord*, 100 docteurs pour 128 officiers de santé; le *Pas-de-Calais*, 100 pour 233 et la *Somme*, 100 pour 242.

« *Ainsi ces riches régions, à populations agglomérées, se confient aux soins de médecins dont le grade inférieur ne saurait être une garantie suffisante d'intelligence et d'instruction, et qui ne devraient fonctionner qu'à l'état d'exception.* Ainsi, les officiers de santé, bien loin d'aller remplir, dans les pauvres campagnes, une place insuffisante pour satisfaire les docteurs en médecine, et de rendre, par suite, de vrais services, se portent au contraire, en grande majorité, sur les contrées qui leur promettent une nombreuse et riche clientèle.

« Ce mouvement est encore bien plus évident quand on examine comment se répartit cette décroissance que nous avons signalée dans le nombre des officiers de santé : on voit que, dans les plus pauvres pays, la proportion de ces médecins a considérablement baissée. » Les tableaux suivants feront mieux saisir que tous les raisonnements la réalité des faits que nous avons avancés.

(1) Voir les tableaux de la page 234.

TABLEAU I

Rapport du nombre des Docteurs et des Officiers de santé avec la population dans les départements riches et les départements pauvres.

Départements RICHES	1847. Docteurs	1847. Off. de santé	1866. Docteurs	1866. Off. de santé	1876. Docteurs	1876. Off. de santé	Départements PAUVRES	1847. Docteurs	1847. Off. de santé	1866. Docteurs	1866. Off. de santé	1876. Docteurs	1876. Off. de santé
	1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR		1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR	1 POUR
B.-du-Rhône...	1.811	2.929	1.988	2.587	2.247	4.967	Cher............	3.909	6.841	3.992	35.932	5.317	69.162
Vaucluse.......	2.041	2.699	2.483	3.609	2.720	5.558	Aveyron.......	1.942	17.861	2.571	26.401	3.088	45.980
Gironde.........	2.111	3.004	2.254	3.901	2.371	5.570	Lozère.........	3.060	11.732	3.350	22.894	4.322	69.109
Yonne..........	3.129	3.523	2.826	4.937	3.177	12.381	Ardèche........	4.612	14.576	6.475	32.382	6.406	48.047
Oise.............	5.457	3 242	4.510	4.968	4.098	6.924	Corrèze.........	2.394	6.129	2.793	18.242	3.500	22.251
Somme..........	7.084	2.945	6.434	2.651	7.046	3.217	Cantal..........	2.200	11.191	2.764	24.052	2.656	21.007
Pas-de-Calais..	7.135	2.275	7.467	3.205	7.343	4.287	Morbihan.......	7.722	13.588	10.576	21.152	9.932	28.142
Nord............	5 294	3.434	6.420	4.993	6.664	6.664	Finistère........	7.269	20.573	7.557	29.871	6.595	41 631
Moyenne.	1 POUR 4.258	1 POUR 3.007	1 POUR 4.298	1 POUR 3.856	1 POUR 4.458	1 POUR 6.196	Moyenne.	1 POUR 4.139	1 POUR 13.174	1 POUR 5.010	1 POUR 26.366	1 POUR 5.227	1 POUR 43.166

TABLEAU II.

Proportion relative des Docteurs et des Officiers de santé dans les départements riches et pauvres.

Départements RICHES	1847. Docteurs	1847. Off. de santé	1866. Docteurs	1866. Off. de santé	1876. Docteurs	1876. Off. de santé	Départements PAUVRES	1847. Docteurs	1847. Off. de santé	1866. Docteurs	1866. Off. de santé	1876. Docteurs	1876. Off. de santé
B.-du-Rhône ...	207	128	255	196	248	112	Cher..........	60	40	81	9	65	5
Vaucluse........	124	93	108	66	94	46	Aveyron	193	21	154	15	134	9
Gironde..........	269	189	296	171	310	132	Lozère.........	46	12	41	6	52	2
Yonne...........	116	103	131	75	113	29	Ardèche........	79	25	60	12	60	8
Oise..............	73	123	89	83	98	58	Corrèze.........	128	50	111	17	89	14
Somme..........	79	190	89	216	79	173	Cantal..........	117	23	87	10	87	11
Pas-de-Calais ..	96	301	97	226	108	185	Morbihan........	58	27	46	23	51	18
Nord............	205	316	203	261	228	228	Finistère........	82	28	83	21	101	16
Totaux....	1.169	1.443	1.268	1.294	1.278	963	Totaux....	763	226	663	113	639	83

Ces deux tableaux ont été dressés d'après les chiffres empruntés aux travaux de MM. P. Bert et Dechambre ; ils nous permettent d'affirmer avec ce dernier que : «1o le nombre proportionnel des officiers de santé, par rapport à la population, est plus élevé dans les départements riches que dans les départements pauvres ; 2o dans les départements riches, il y a plus d'officiers de santé que de docteurs, eu égard à leur nombre respectif ; dans les départements pauvres il y en a moins ; 3o dans cette dernière catégorie de départements, la proportion des docteurs est moins inférieure à la moyenne que celle des officiers de santé. On voit par là quelle erreur ce serait de compter sur les médecins de second ordre pour remédier à la faiblesse numérique du personnel médical dans les contrées pauvres de la France. » M. P. Bert est encore plus expressif : « Les officiers de santé, dit-il, quittent les pays pauvres pour envahir de plus en plus les pays riches et les *grandes villes.* » A l'appui de cette assertion, l'honorable Député produit le fait suivant qui est en effet bien caractéristique : « En 1860, l'annexion de la Savoie et de Nice permit aux officiers de santé d'aller exercer dans ces départements protégés jusque-là contre eux par la loi italienne. Or, en 1866, il n'en était venu aucun dans la Haute-Savoie, 3 seulement s'étaient fixés en Savoie, mais 40 s'étaient déjà précipités pour exploiter la riche clientèle qui fréquente les stations hivernales des belles contrées méditerranéennes. En 1872, pour ces 3 départements les chiffres étaient devenus 1,4 et 48. Ce n'est certainement pas là le résultat qu'avait voulu atteindre le législateur. » Il était en effet difficile de trouver un exemple plus concluant.

S'il est démontré que l'officiat ne remplit pas et n'a jamais rempli le but que la loi s'était proposé : le service médical des campagnes et des pays pauvres, quel motif aurait-on de soutenir cette institution, au moment où elle semble ne plus pouvoir se défendre elle-même, puisqu'il est bien constaté que le nombre des officiers de santé diminue tous les jours dans une proportion très rapide, sans que personne souffre de cette diminution ? Il n'y aurait que deux moyens de relever cette profession : ou diminuer la difficulté des examens ; or il est démontré que ces examens sont déjà bien insuffisants pour donner à la société des garanties sérieuses ; ou étendre les droits des officiers de santé, mais cela n'est point possible, à moins de les déclarer absolument égaux à ceux des docteurs, ce qui équivaudrait à supprimer ce dernier grade et, par conséquent, à faire descendre le niveau de la profession médicale, dans un moment où, au contraire, la science est en progrès.

Pourrait-on songer à élever le niveau des études exigées des officiers de santé? Il n'y faut pas songer, ce serait les supprimer du coup : c'est déjà l'obligation où on les a mis de présenter le certificat de grammaire qui a amené, en grande partie, la diminution que nous avons constatée dans leur recrutement. Quant à apporter plus de sévérité vis-à-vis d'eux dans les examens probatoires, nous pensons qu'il est difficile de se montrer bien exigeant dans les conditions où se trouvent la plupart des candidats à l'officiat. Cette institution pèche par la base : aussi n'a-t-on jamais pu arriver à la perfectionner, tandis que le programme du doctorat va tous les jours s'améliorant et s'élevant au fur et à mesure des progrès de la science. Tous les jours on devient plus exigeant pour le futur docteur, tous les jours on cherche à perfectionner ses études. Dès 1847, le comte Beugnot disait des officiers de santé qu'ils étaient ce qu'ils devaient, ce qu'ils pouvaient être, et que jamais on ne réussirait à corriger leur organisation ; et il leur appliquait le mot fameux *sint ut sunt, aut non sint.* Avec le comte Beugnot et avec eux-mêmes, nous croyons que c'est la seconde partie de la phrase qui leur convient. Quand une institution est telle qu'elle n'est plus en rapport avec les besoins pour lesquels elle a été créée et que, d'autre part, elle n'est pas susceptible de progrès, elle est destinée à tomber : elle n'a plus qu'à disparaître. C'est ainsi qu'en ont jugé déjà toutes les nations d'Europe chez lesquelles les médecins d'ordre inférieur ont aujourd'hui disparu. « Si en Russie, en Danemark, dit M. Le Fort, et on pourrait y ajouter l'Allemagne, il existe deux ordres de médecins, le grade inférieur correspond à notre doctorat français et le grade supérieur n'est donné, après des examens spéciaux, qu'à un personnel d'élite plus spécialement voué à la carrière scientifique, mais ayant déjà le titre garantissant la possession des connaissances professionnelles suffisantes. Seule la France (à laquelle il faut cependant ajouter le Portugal, qui les a rétablis en 1870) a conservé les officiers de santé, c'est-à-dire des médecins en possession de connaissances insuffisantes. »

Mais, dira-t-on, est-il prudent de supprimer l'officiat au moment où le nombre des médecins est en décroissance ? (1) A cela nous répondrons d'abord que nous supprimons l'institution seulement pour l'avenir, car nous ne supprimons pas les officiers qui exercent actuellement. En second lieu, nous ajouterons que le nombre des officiers de santé produit chaque année est si peu important, qu'on peut le négliger, et qu'il sera largement compensé par l'augmentation dans le nombre de docteurs que ne peuvent manquer de produire, d'ici peu de temps, les Facultés nouvellement créées. Nous ne devons pas oublier, en effet, que, dès 1825 et 1847, l'augmentation du nombre des Facultés était regardée par tous les défenseurs de l'officiat, et par-

(1) Les chiffres que nous avons pu nous procurer n'indiquent pas toutefois une diminution dans le nombre des réceptions des docteurs, bien au contraire : de 1814 à 1827 le chiffre moyen pour les trois Facultés était de 392 par an. M. Beugnot indiquait, comme moyenne annuelle de 1835 à 1843, le chiffre de 530 ; ce qui, d'après M. de Salvandy, donne comme moyenne 440 pour la période qui s'étend de 1809 à 1847. Or de 1872 à 1880 la seule Faculté de Paris a délivré 4.589 diplômes de doctorat, c'est-à-dire plus de 573 par an ; dans la même période, elle n'a délivré en tout que 108 diplômes d'officier de santé. Enfin le nombre de docteurs reçus dans les six Facultés, en 1881, a été de 624 dont 461 pour Paris : Voilà des chiffres parfaitement rassurants.

ticulièrement par Cousin, comme une compensation satisfaisante de la suppression du second or 1re. L'institution du service militaire obligatoire viendra sans doute encore augmenter le nombre des futurs médecins, si toutefois les lois militaires en préparation ne créent pas d'obstacle nouveau au développement des professions libérales et de la médecine en particulier, en imposant aux familles des frais plus considérables, et aux jeunes gens une perte de temps plus sérieuse.

Dans l'état actuel des choses, nous dirons que, si l'on veut se rendre un compte exact des motifs qui ont amené la diminution générale des médecins (1), on verra que la meilleure manière d'arrêter cette diminution consiste, non à couvrir la France de Facultés de médecine, mais à procurer aux médecins existants les moyens de vivre honorablement de leur profession, c'est-à-dire à adopter une nouvelle législation plus équitable et surtout plus moderne que la loi de l'an XI.

En conséquence, la Commission du Concours Médical à l'honneur de soumettre l'article suivant à l'approbation de MM. les médecins Sénateurs et Députés.

Art. I. « *A partir de la promulgation de la présente loi, nul ne pourra exercer la médecine, sur le territoire de la République, s'il n'a obtenu, après examens régulièrement subis devant une Faculté de l'Etat, le certificat d'aptitude au grade de Docteur en médecine* » (2).

IV. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Tout en attaquant, comme elle a cru juste de le faire, l'institution de l'officiat, la Commission du Concours Médical respecte les personnes et ménage les situations acquises; il lui semble donc non moins équitable d'adopter la série de mesures transitoires suivantes qu'un grand nombre d'officiers de santé se sont déjà déclarés prêts à accepter :

Art. II. « *En conséquence de l'article précédent de la présente loi, l'officiat de santé est et demeure supprimé, sauf dérogation pour la période transitoire dont il va être question:*

Les officiers de santé en exercice seront admis à se présenter devant les Facultés de l'Etat pour subir le cinquième examen de fin d'études et la thèse, et obtenir le diplôme de docteur.

Les officiers de santé qui ne profiteraient pas de cette latitude continueront à exercer dans les mêmes conditions que par le passé.

Les mêmes règles sont applicables aux aspirants à l'officiat en cours d'etudes au moment de la promulgation de la présente loi. »

(1) Nous croyons devoir citer ici tout un long passage de l'*Etude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger*, de M. L. Le Fort, passage dans lequel l'éminent professeur caractérise parfaitement les causes de la décroissance du nombre des médecins. On verra que, sur ce point, M. Le Fort est complètement d'accord avec M. Brouardel dont nous rapporterons aussi l'opinion dans notre discussion sur la répression de l'exercice illégal :

« Une seule cause suffirait déjà pour expliquer la diminution générale du nombre des médecins. Cette cause que les médecins praticiens ne connaissent que trop, c'est que la profession médicale, en échange d'une éducation longue et couteuse, d'une vie d'étude, de travail, de fatigue, de dévouement, ne donne qu'une rémunération insuffisante. Trop souvent, à la fin d'une longue carrière, la mort du médecin prive sa famille du seul capital qui lui avait permis de s'élever et de vivre dans une situation, il est vrai, presque toujours précaire. La multiplication des Sociétés de secours mutuels, des Caisses de secours a encore aggravé cette situation en avilissant le prix des visites, et cet avilissement a été rendu possible par le fait de la concurrence des médecins, obligés, par la pénurie de leurs ressources pécuniaires, à accepter et même à solliciter la clientèle de ces sociétés.

« Le rapport de M. Bert, et très probablement ceux au nom desquels il est redigé, semblent croire qu'il suffit seulement, pour donner des médecins aux villages qui en sont dépourvus, d'augmenter le nombre des docteurs en médecine que possède la France. C'est là une erreur complète qu'il importe de combattre. Le nombre des médecins ne pourrait guère augmenter par la seule raison qu'il y en a déjà tout autant, sinon plus, que la clientèle ne peut en nourrir, et que, dans toutes les professions, l'offre est toujours à peu près en rapport avec la demande.

. . . .

« Pour ceux qui ont étudié la situation vraie, pour ceux qui restent sur le terrain de la pratique et de l'expérience, il est impossible de méconnaître que le bon, mais ignorant villageois, préfère au médecin le rebouteur ou le sorcier du pays; qu'à ce te concurrence se joint trop souvent celle du curé, de la bonne sœur, ou de la *dame du château*, presque partout celle du pharmacien; et que le médecin, obligé à de longs déplacements, peu ou pas rémunérés, ne trouverait même pas, dans les profits de sa clientèle, de quoi nourrir les chevaux nécessaires à l'exercice de sa profession, s'il l'exerçait loin de tout centre important d'habitations et au milieu d'une population clairsemée.

« Si le nombre des médecins diminue, c'est parce que la médecine est une carrière qui ne donne pas un revenu en rapport avec le capital argent et le capital travail et intelligence qu'elle exige; parce que c'est une carrière dans laquelle on ne crée de capital réalisable que par l'accumulation des revenus et que les revenus du médecin lui suffisent à peine pour vivre. Le commerçant, l'industriel, s'ils viennent à mourir jeunes, laissent du moins à leurs enfants, dans l'établissement qu'ils ont constitué, un capital réalisableu s'ils vivent, leurs enfants peuvent leur succéder. A contraire, la mort qui frappe un médecin fait dispaeraître, avec les revenus, le capital lui-même, et il ne reste le plus ordinairement aux enfants que la gêne et trop souvent la misère. Si le nombre des médecins diminue, c'est parce beaucoup d'entre eux, et je sui de ceux-là (car la situation que j'ai pu acquérir par le travail n'est point susceptible de transmission héréditaire), souhaitent pour leurs enfants une autre carrière que la profession médicale, telle du moins que l'a faite en France une déplorable organisation. »

(2) La réception des docteurs en médecine continuerait à être soumise aux articles 5, 6, 7 et 9 de la loi de Ventôse qui trouveraient ici leur place, articles complétés par le décret d'août 1878.

V. USURPATION DE TITRES

Il est bien singulier que la loi de Ventôse n'ait pas songé à garantir le titre de docteur contre l'usurpation qui pouvait en être faite en dehors des faits d'exercice illégal, alors surtout que l'Edit de Marly de 1707, qui réglait l'exercice de la médecine avant la loi de l'an XI, avait prévu le cas : l'article 29 de cet édit « faisait défense de prendre indûment le titre de docteur ou licencié, » et punissait cette usurpation des mêmes peines que l'exercice illégal. Les titres médicaux sont des propriétés chèrement achetées et qui, comme les autres propriétés, ont le droit d'être protégées. Or, par suite de cet oubli de la loi, toute personne peut prendre la qualification de docteur, d'officier de santé, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux etc., sans avoir rien à craindre, à condition, bien entendu, de n'accompagner cette usurpation d'aucun acte d'exercice illégal. C'est ainsi que l'officier, qui a le droit d'exercer la médecine, peut se parer faussement du titre de docteur pour imposer confiance aux familles, ou encore s'en procurer un à peu de frais dans certaines Universités étrangères; son mensonge ne tombe sous le coup d'aucune loi, et la jurisprudence se contente de déclarer qu'il a commis *un acte de vanité blâmable*.

Il importe de faire cesser un pareil état de choses; et, si la société veut conserver leur valeur à ces titres et diplômes qu'elle n'accorde qu'après des épreuves longues et difficiles, il faut qu'elle empêche le premier venu de pouvoir les usurper à son gré.

La COMMISSION propose donc d'inscrire dans la loi les deux paragraphes suivants qui formeront un article spécial :

Art. III « *Nul ne peut prendre le titre de docteur en Médecine ou en Chirurgie, officier de santé etc., s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté de l'Etat français.*

Toute usurpation de titres médicaux, quels qu'ils soient, et par qui que ce soit, est punie d'une amende de 50 *à* 1,000 *francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois.* »

VI. PUBLICATION DES LISTES DE MÉDECINS

Afin que l'autorité administrative soit à même de connaître les médecins qui sont dans les conditions d'exercice légal, il faut que tout médecin qui veut se livrer à la pratique de son art en fasse la déclaration et prouve son droit. La loi de Ventôse ordonne d'une manière formelle l'enregistrement du diplôme, mais sa prescription n'est accompagnée d'aucune sanction : c'est encore une anomalie qui ne saurait être maintenue à notre époque. Le médecin qui omet de faire enregistrer son diplôme ne saurait être accusé d'exercer illégalement, puisque son diplôme lui confère le droit d'exercice; mais il commet une négligence coupable, en ne fournissant pas à l'autorité les moyens qui lui permettent de le distinguer d'avec ceux qui exercent illégalement, et qu'elle est en droit de réclamer de lui. La publication officielle des listes des médecins régulièrement enregistrés est le corollaire de la mesure précédente et permet de faire connaître aux intéressés les noms et les titres des praticiens dûment autorisés.

Voici donc la rédaction que la COMMISSION propose pour cet article :

Art. IV. « *Les médecins qui voudront se livrer à la pratique de leur art seront tenus de faire enregistrer leur diplôme, dans le délai de trois mois après la fixation de leur domicile, aux bureaux de la préfecture du département ou de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ils voudront s'établir, faute de quoi ils seront passibles d'une amende de* 25 *francs.*

La publication officielle de la liste des médecins régulièrement enregistrés aura lieu, tous les ans, par les soins de l'autorité compétente, dans chaque départemnt et arrondissement, par voie d'affichage et dans les mêmes conditions que tous les actes administratifs. »

VII. EXERCICE ILLÉGAL

Un des obstacles les plus sérieux qui s'opposent à ce que les campagnes soient suffisamment peuplées de médecins, et qui empêchent les docteurs de s'établir dans nombre de communes, c'est l'exercice illégal par les sorciers, rebouteurs etc., mais surtout par les membres du clergé, bien plus dangereux à attaquer, bien plus difficiles à atteindre.

« Je veux signaler, disait Malgaigne au Congrès de 1845, la plaie la plus honteuse, la plus scandaleuse de la médecine des campagnes, je veux parler des membres du clergé (*applaudissements unanimes*); c'est là une des plaies vives et dégoûtantes qui font saigner le cœur des habitants de la province. Le clergé, qui ne sait nulle part et qui n'a jamais su se tenir à sa place, fait au médecin la plus indigne concurrence. Vous ne me croirez pas, quand je vous dirai qu'il y a, dans le département des Vosges, des curés qui appliquent des pessaires et qui font des accouchements (*hilarité et applaudissements*). M. le Secrétaire général (M. A. Latour) me fait observer que tous les cahiers qui nous sont venus de province sont unanimes sur ce point. Ajoutez que les praticiens n'osent pas réclamer contre d'aussi scandaleux abus..... Ajoutez enfin autre chose, c'est que, pour

vous, médecins, pour vous la pierre angulaire de cette société, qui ne sait pas se passer de vous un instant, pour vous et pour vous seuls, la magistrature semble avoir oublié son mandat. Je le dis tout haut, et ne crains pas de contradicteurs, quand il s'agit de médecins, la magistrature, en France, ne fait pas son devoir. » (*Applaudissements répétés*).

Ces derniers mots de Malgaigne rappellent la réponse que fit un magistrat du Second Empire, à la Commission administrative d'une Société locale qui le pressait de réprimer l'exercice illégal trop ardent d'une religieuse : « Non je ne poursuivrai pas cette religieuse, car elle sauve ses malades et les médecins les tuent. » (1)

On a vu dans notre historique, que Montalembert réclamait, en 1847, pour les membres du clergé, le droit d'exercer la médecine et la pharmacie. Suivant lui, on ne pouvait refuser au médecin des âmes le droit de soigner les corps, et cette théorie est toujours en honneur chez les religieux, qui, dans les régions où ils règnent en maîtres, en chassent les médecins : rien de plus convaincant, à ce propos, que le rapport de l'Association médicale du Morbihan en 1864. « Comment s'étonner que le nombre des médecins et des pharmaciens du département du Morbihan ait diminué dans une proportion affligeante, depuis quelques années? Il faut en accuser l'envahissement, toujours croissant et jamais réprimé, des congrégations féminines qui exploitent la médecine et la pharmacie dans nos campagnes; exploitation développée sur une large échelle et essentiellement lucrative pour les établissements qui s'y livrent. Oui, cela n'est que trop vrai : les médecins sont chassés peu à peu de nos campagnes. Il est telle commune où le médecin ne va jamais..... L'exercice de la médecine et de la pharmacie tend chaque jour à passer dans d'autres mains que celles des médecins. Le médecin de campagne, ce vigilant et modeste gardien de la santé de nos populations rurales, va disparaître : la même situation est signalée dans le Finistère, les Côtes-du-Nord, la Loire Inférieure, l'Ille-et-Vilaine..... La profession médicale est tuée dans le Morbihan; et la principale, la seule cause de cette ruine d'une profession honnête et éminemment utile, c'est la violation perpétuelle et opiniâtre de la loi par les congrégations des sœurs. »

Examinons, par exemple, ce qui se passe, lorsqu'une école congréganiste s'ouvre dans un pays (2): la *Maison-mère* envoie toujours au moins deux sœurs, la *sœur des enfants* et la *sœur des malades*. Celle-ci s'introduit dans les familles, et, sous prétexte de charité, elle s'y livre avec une audace incroyable à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; puis profitant de l'accès qui lui est ainsi facilement ouvert, tout en traitant les malades, elle recrute les enfants pour son école, de sorte que l'on peut dire, avec beaucoup de raison, que c'est l'exercice illégal de la médecine qui propage et soutient l'enseignement congréganiste, et la réciproque est aussi parfaitement juste.

Les religieux ont toujours été portés à faire de l'exercice illégal; et ce n'est pas d'aujourd'hui que date la nécessité de réprimer leur zèle intempestif. Nous trouvons, en effet, le cas parfaitement prévu dans l'édit que Louis XIV donna à Marly en 1707, et qui servit, depuis, de règle à l'exercice de la médecine en France. « L'attention que nous avons toujours eue pour tout ce qui peut contribuer à la conservation et au bien de nos sujets nous a souvent engagé à employer notre autorité, pour empêcher que des personnes, sans titres et sans capacité, ne continuassent d'exercer la médecine, sans y apporter souvent d'autres dispositions que l'art criminel d'abuser de la crédulité des peuples, pour s'enrichir aux dépens de la société et de la vie même des malades qui auraient le malheur de tomber entre leurs mains. » Puis l'article 26 de cet édit est ainsi conçu : « Nul ne pourra, *sous quelque prétexte que ce soit*, exercer la médecine, ni donner aucun remède, *même gratuitement*, dans les villes et bourgs de notre royaume, s'il n'a obtenu le degré de licencié dans quelqu'une des Facultés de médecine qui y sont établies....., *à peine de* 200 *livres d'amende....*» Et les religieux sont honorés d'un article spécial (art. 27) : « Voulons que tous religieux, mendiants ou non mendiants, soient et demeurent compris dans la prohibition portée dans l'article précédent; » et l'édit leur inflige les mêmes peines qu'aux simples laïques. — 200 livres, en 1707, font bien 1,000 francs en 1882. 1,000 francs d'amende appliqués à des religieux mendiants ou non mendiants, pour fait d'exercice illégal, au lieu de 1 à 15 francs que la jurisprudence actuelle a adoptés: ils ne devraient vraiment pas regretter l'ancien régime! Qu'aurait dit Montalembert, s'il avait vécu sous Louis XIV, et non sous Louis-Philippe? — Il est fort probable qu'il n'aurait rien dit.

Les délinquants sont-ils traduits devant les tribunaux, ils ne manquent pas de s'excuser sur leurs devoirs de charité et d'amour du prochain : pouvaient-ils s'empêcher de soulager la souffrance d'autrui? Du reste, ils n'ont agi que pressés et comme contraints par les malades! En 1847, un très estimable jurisconsulte de la Chambre des Pairs dévoilait ce procédé qui est toujours le même. « Le grand système de ceux qui sont traduits devant la justice, pour avoir exercé la médecine sans droits, c'est de dire qu'ils ont fait des actes de charité, qu'ils ont travaillé gratuitement. Soyez sûrs qu'ils ont trouvé le secret de capter la confiance de ceux qui se sont faits leurs malades; ils arrivent toujours accompagnés d'un cortège de témoins, lesquels ne font pas ce métier-là gratuitement, et qui viennent attester à la justice qu'ils ont eu affaire à un modèle de bienfaisance qui les

(1) Rapports de M. Latour, 1864 p. 110; — de M. Barrier 1865 p. 101,

(2) V. *Concours médical* 1881, p. 472.

a guéris, et qui ne leur a pas demandé une obole pour les soins qu'ils ont reçus. »

Les choses ont-elles changé depuis 1847 ? Pas le moins du monde, et le Rapport de M. Tardieu sur l'exercice illégal, en 1861, est encore plus explicite à cet égard : «..... Nous serions un écho infidèle si nous ne répétions les récriminations, les plaintes, les accusations dont sont remplis sans exception les documents recueillis dans l'enquête au sujet de la concurrence active, incessante, effrénée, que font au médecin les ecclésiastiques, les sœurs et les communautés religieuses. Nous sommes à l'aise pour parler de ces faits, car nous ne méconnaissons ni les intentions charitables, ni le zèle pieux, ni le dévouement chrétien.

«... Je résiste à la tentation de rapporter quelques passages de ces formulaires étranges destinés spécialement au clergé, assemblage incohérent de recettes pour composer l'encens, réduire les hernies, guérir le ver solitaire, arrêter les hémorrhagies utérines, désinfecter les futailles, combattre le choléra, etc., monument de sottise et d'ineptie qui n'est pas de notre âge.

«... La plupart des communautés cumulent l'exercice de la médecine et de la pharmacie; et ici, la charité ne peut plus servir d'excuse, car la vente des médicaments, à un taux plus élevé que celui qui est adopté par les pharmaciens....., démontre ce que l'on doit penser du désintéressement qui ne justifierait pas, mais qui atténuerait la coupable imprudence avec laquelle ces sœurs ignorantes osent traiter les maladies internes et externes les plus graves, sans souci, nous ne disons pas de la loi, mais des intérêts véritables du prochain.»

Nous trouvons encore quelques renseignements très précis, à cet égard, dans les Rapports présentés tous les ans au *Comité consultatif d'hygiène de France*, et, en particulier, dans le Rapport sur l'inspection des pharmacies en 1877 que nous avons sous les yeux. Dans ce travail, qui est l'œuvre de MM. les professeurs Gavarret et Proust, nous voyons qu'à cette époque il y avait 23 départements où l'on constatait la tenue de pharmacies par des religieuses; ces départements, les voici :

Ain. — Allier. — Ardèche. — Aude. — Charente. — Hérault. — Ille-et-Vilaine. — Jura. — Loire. — Haute-Loire. — Lozère. — Maine-et-Loire. — Haute-Marne. — Marne. — Meuse. — Orne. — Puy-de-Dôme. — Saône-et-Loire. — Sarthe. — Savoie. — Haute-Savoie. — Vaucluse. — Vosges.

Les honorables rapporteurs signalent que, dans tel et tel département, les sœurs conseillent et vendent des médicaments; que la sœur de telle commune visite les malades, fait des ordonnances et prescrit un véritable traitement médical; que, dans certains arrondissements, « les médecins se plaignent de n'être souvent appelés auprès des malades qu'alors que ceux-ci ont longtemps été soignés par la sœur de la localité, qui, ignorante de la maladie, n'en administre pas moins des médicaments dont elle méconnaît aussi fréquemment les propriétés. Nous ne pouvons citer tout les faits d'exercice illégal indiqués dans ce travail qu'il faudrait reproduire en entier, mais nous en avons dit assez pour montrer combien ces délits sont fréquents chez les religieuses, et quels abus engendre la faculté que leur laisse l'administration de tenir la pharmacie, dans les établissements hospitaliers ou es Bureaux de bienfaisance. Admises à exécuter, pour les indigents, les ordonnances médicales, elles en arrivent bientôt à se passer d'ordonnance, à faire elles-mêmes les prescription, à vendre les médicaments, « ne recourant guère au médecin que pour couvrir leur responsabilité dans les cas désespérés. » D'ailleurs on peut dire que presque partout, chez les religieuses, l'exercice illégal de la pharmacie et celui de la médecine sont, pour ainsi dire, inséparables l'un de l'autre.

Or, après les exemples que nous avons relatés, il faut bien reconnaître que le désintéressement et la charité sont loin d'être l'objectif constant de l'exercice illégal : la question de négoce, pour l'appeler par son nom, doit entrer ici en ligne de compte, et l'on trouve mille preuves de cette assertion, tant dans les documents que nous avons rappelés que dans la collection des *Annuaires de l'Association générale* et dans celle du *Concours médical.* Qu'il nous suffise de faire mention de l'affaire des sœurs de Port-d'Envaux (Charente-Inférieure) en 1881 (1). Etaient-elles poussées par l'amour du prochain ces bonnes sœurs qui faisaient payer au moins quatre fois sa valeur *le remède* qui empoisonna tant de jeunes enfants ? Mais l'eussent-elles distribué gratuitement, *ce remède*, qu'il eût encore été payé trop cher, pensons-nous, de la vie de ces pauvres enfants ! Et que de fois de pareils malheurs doivent-ils arriver, quand on songe que certaines communautés débitent une plus grande quantité de médicaments que beaucoup de pharmaciens (2).

Il faut, en tout cas, bien reconnaître, malgré les affirmations au moins singulières de Montalembert, que ceux qui font profession de soigner les âmes sont tout-à-fait dépourvus des capacités que nécessite le traitement des corps; la charité la plus pure et la plus fervente ne peut elle-même tenir lieu de science et devient un véritable fléau quand elle s'obstine à sortir de ses attributions.

L'on a donc eu pleinement raison de dire que, « si les médecins souffrent de la concurrence illégale, les malades en meurent. » Aussi le médecin ne saurait-il trop rappeler qu'en défendant ses droits, en cherchant à protéger sa profession, c'est un intérêt social qu'il défend, c'est la santé publique qu'il se trouve protéger. Il ne saurait y avoir aucun doute à cet égard ; aux paroles de M. le professeur Le Fort, que nous avons déjà eu l'occasion de rappeler, ajoutons celles de M. le professeur Brouardel (3) qui ne sont pas moins concluantes : « Si les médecins diminuent de

(1) Voyez *Concours Médical*, 1881, p. 472 et suiv.
(2) Id. ibid. p. 630.
(3) Rapport de 1874, p. 69.

nombre, c'est que, par des circonstances bien connues d'eux-mêmes, ils ne peuvent vivre honorablement dans les pays qu'ils abandonnent; *on pourra faire de nouveaux médecins, ils n'iront pas s'établir dans des communes dont leurs prédécesseurs ont dû s'éloigner.* Puisque la société trouve qu'il est de son intérêt que les médecins puissent assurer partout assistance à ses membres, il faut lui rappeler que *nos intérêts et ceux de la population sont absolument associés.* » On frémit, en effet en songeant aux désastres que causerait une épidémie dans un département comme le Morbihan, où il y a un docteur pour 10,576 habitants et un officier de santé pour 21,152, soit un médecin traitant par 7,052 habitants! Il n'est que temps de remédier à un état de choses qui pourait finir par avoir de graves conséquences pour la santé publique.

La Commission a pensé qu'il s'agissait d'abord de *bien définir l'exercice illégal*, et elle s'est arrêtée à la formule suivante :

Art. V « *Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme obtenu devant une Faculté de l'Etat français et ne remplissant pas les conditions exigées par la loi, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, application d'appareils, ou délivrance de médicaments.* »

Cette définition une fois posée, on peut passer à l'examen de la question de répression.

La loi de l'an XI qualifie de délit l'exercice illégal de la médecine, et l'article 35 de cette loi punit ce délit d'une amende au profit des hospices, sans en fixer ni le minimum, ni le maximum. Le juge semble ainsi rester libre de déterminer la quotité de l'amende en raison des faits et des circonstances; mais la Cour de Cassation a décidé, par de nombreux arrêts, qu'en l'absence de fixation par la loi d'un minimum et d'un maximum de l'amende, les tribunaux ne pouvaient appliquer que la plus faible des peines pécuniaires, c'est-à-dire l'amende de simple police dont le taux varie de 1 à 15 francs.

Par suite de cette jurisprudence, un fait qualifié *délit* par la loi est poursuivi et puni comme une simple *contravention*, et, par suite, se prescrit comme tel : en outre, les tribunaux correctionnels sont saisis d'affaires qui n'entraînent qu'une peine de simple police ; et les tribunaux de police peuvent connaître d'un fait qui est qualifié délit par la loi. On voit combien tout est anormal dans cette loi, et peu en harmonie avec notre législation actuelle.

La commission a donc retenu, pour les faits d'exercice illégal, la qualification de délit, comme dans la loi de Ventôse; de plus, elle demande que ce délit, comme tous les autres, soit justiciable des tribunaux de police correctionnelle, et en conséquence ne se prescrive que par trois annnées, disposition importante au point de vue de la récidive; elle propose de rédiger ainsi cet article:

Art. VI « *L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle.* »

Au point de vue des pénalités, la commission a pensé qu'il fallait fixer des peines capables de réprimer le délit qu'elle veut combattre, mais pas assez élevées cependant pour faire reculer les tribunaux devant leur application. Voici la sanction qui lui semble nécessaire et suffisante :

Art. VII. « *Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera doublée, et les délinquants seront, en outre, passibles d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.* »

Cette pénalité se trouve être celle qu'avait proposée, dès 1825, M. Jacquinot Pampelune, membre de la Chambre des Députés, qui devint plus tard procureur général à la Cour de Paris. Quant au projet de loi de 1847, il ne fixait pas d'amende, mais ordonnait, dès le premier délit, un emprisonnement de six mois à deux ans.

Art. VIII. « *Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1000 à 2000 francs ; en cas de récidive, cette amende sera doublée, et les délinquants seront, en outre, passibles d'un emprisonnement de six mois à un an.* »

VII. EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES MÉDECINS ÉTRANGERS

La liberté absolue de l'exercice de la médecine n'existe plus guère que dans les Etats-Unis d'Amérique; car, en Angleterre, elle a été singulièrement restreinte par *le Medical Act de* 1858, lequel ordonne la publication du *Medical-Register*, ou liste officielle des personnes qui sont reconnues présenter les garanties nécessaires pour être admises à pratiquer la médecine et la chirurgie. La rédaction de cette liste est confiée, dit M. le professeur Le Fort, au *General Council of medical Education and Registration*, composé de dix-huit membres nommés à l'élection par la corporation médicale et les corps enseignants, à l'exception de six membres nommés directement par la Reine. « Ce conseil médical, véritable conseil de l'ordre, a, de plus, le droit de citer devant lui et, après jugement contradictoire, de rayer des registres et, par conséquent, de priver du droit à l'exercice légal tout médecin ayant manqué aux lois générales de l'honneur ou à l'honneur professionnel. » Enfin, c'est la loi qui détermine les titres donnant droit à l'inscription sur le registre

et, par suite à l'exercice légal. M. Le Fort ajoute que les bons résultats obtenus par cette réforme ont fait sentir la nécessité d'unifier la valeur des examens, des diplômes et des titres exigés pour l'inscription. « Presque tous les médecins réclament un véritable examen d'Etat. » Des peines sévères sont d'ailleurs édictées contre toute personne qui usurperait un titre légal (amende de 20 livres, ou qui chercherait à se faire inscrire frauduleusement (emprisonnement d'un an). Comme conséquence logique de cette importante institution, la loi anglaise protège efficacement, devant les tribunaux, les droits des médecins enregistrés, tandis qu'elle défend d'admettre les réclamations de ceux qui ne le seraient pas ; enfin, ce qui est peut-être encore plus décisif, elle frappe d'un châtiment extrêmement sévère toute personne qui, n'ayant pas le droit d'exercer légalement, deviendrait la cause ou l'occasion d'un accident. Ainsi la loi anglaise, qui ne reconnait pas comme un délit l'exercice illégal, protége d'une façon, en quelque sorte plus efficace que la loi française, le malade et le médecin contre les abus de ce même exercice illégal.

Si donc tous les Etats s'accordent à exiger de ceux qui embrassent la carrière médicale la preuve de connaissances toutes spéciales, la médecine étant universelle et ne variant pas avec les frontières politiques, il semblerait qu'un titre obtenu n'importe où devrait aussi conférer le droit d'exercer partout.

Mais c'est là une utopie irréalisable, car la valeur des diplômes médicaux est sujette à varier et varie en effet, dans les différents pays, avec l'instruction générale, avec les besoins et les ressources des habitants ; en sorte que la législation de toutes les grandes nations de l'Europe exige des médecins étrangers qui se présentent pour exercer leur art, « non pas des certificats de scolarité, ce qui serait excessif, mais un ou plusieurs examens probatoires devant les Facultés nationales ou devant des jurys spéciaux institués par la loi » (1). C'est ainsi qu'après les événements de 1852 des docteurs français ont été obligés, « pour exercer leur profession sur la terre d'exil, de se soumettre à ces examens à nos portes, dans les pays frontières. »

D'après la loi française, au contraire (Art. 4), le Gouvernement peut, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou chirurgien étranger, gradué dans les Universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de République.

Voici comment Fourcroy motivait cet article. « *Cette faculté, dont il n'y a nulle raison de redouter l'abus*, peut avoir quelques avantages; on sent que si des hommes, comme Boerhaave ou Van-Swieten, illustrés dans le monde entier, venaient s'établir en France, il serait aussi ridicule que superflu d'exiger d'eux des examens qu'ils auraient le droit de faire subir aux autres. » Rendons hommage aux sentiments généreux et très élevés qu'exprime ici Fourcroy ; mais reconnaissons en même temps que cette faculté, dont il ne croyait pas pouvoir redouter les abus, n'a, au contraire, engendré en général que des abus. Ce ne sont pas en effet les Boerhaave ni les Van-Swieten qui désertent leur pays pour apporter leurs lumières au nôtre; non, mais la plus grande partie des médecins, qui abandonnent leur patrie pour s'exiler en France, viennent y chercher ce qu'ils n'ont pu trouver chez eux, des moyens de gagner leur existence; et quelques-uns abusant de l'hospitalité généreuse, mais imprudente, qui leur est donnée, nous traitent vraiment en pays conquis. Nous ne saurions mieux faire, à ce propos, que de citer les paroles de M. le professeur Le Fort qui a si bien étudié la question : « On constate qu'un médecin ne quitte presque jamais le pays où il a fait ses études, obtenu ses diplômes et commencé à pratiquer, que s'il y réussit peu, ou si des causes plus graves, qu'il se garde bien d'avouer, le forcent à s'éloigner. La France est pour ceux-là un refuge, et si elle compte un médecin de plus, elle ne s'enrichit pas, en général, d'un savant de plus; car ce n'est pas pour cultiver le science, c'est pour cultiver la clientèle ou, pour appeler les choses par leur nom, c'est pour gagner de l'argent que ces médecins viennent s'établir en France. C'est donc par un sentiment de prudence, qu'on ne saurait trouver exagéré, que les nations de l'Europe les plus avancées dans la voie du progrès, et les plus réellement libérales, exigent que le médecin étranger, quel que soit son diplôme, se soumette aux examens qui ont pour effet de donner à celui qui y satisfait le titre légal à l'exercice de la profession médicale ; et quand, pour obéir à la loi, on a obligé des hommes comme Dumas et Soubeiran à se soumettre à la formalité du doctorat, avant d'être nommés professeurs de notre Faculté, on ne voit pas pourquoi les médecins étrangers, qui demandent une faveur qui livre entre leurs mains la vie de nos compatriotes, se refuseraient à subir ce qui ne doit être pour eux qu'une simple formalité » (1).

Chose singulière, grâce au régime introduit par la loi de l'an XI, il arrive souvent que nous accordons à des étrangers le droit d'exercer chez nous, alors qu'ils ne jouissent pas de ce droit dans leur propre pays. En France, en effet, le diplôme de docteur en médecine donne à la fois un grade universitaire et un titre professionnel ; en le conférant, les Facultés confèrent le droit d'exercice, et c'est pour cela qu'elles entourent les examens du doctorat des plus sérieuses garanties. Dans d'autres pays, et nous pouvons citer, par exemple, certaines Universités de l'Allemagne, l'examen exigé pour le doctorat n'est, pour ainsi dire, qu'une formalité. Mais pour que le docteur en

(1) Rapport de M. Spuller sur la proposition de loi Roger-Marvaise, 1876.

(1) Rapport de M. L. Le Fort.

médecine (1) ainsi sorti de l'Université ait droit d'exercice, il lui faut subir le *Staats-examen*, examen très sérieux qui se passe devant une commission nommée par le ministre ou par le conseil médical supérieur et qui porte sur toutes les branches de l'art de guérir. Les choses se passent à peu près de la même façon en Belgique, en Hollande et dans la Suisse allemande.

Dans ces dernières années enfin, tout le monde a pu lire, dans les journaux de médecine, la réclame que s'étaient imaginé de lancer quelques industriels, se faisant fort de procurer au premier venu et procurant en effet à beaux deniers comptants, mais sans dérangement aucun, et sur simple demande, des diplômes authentiques de doctorat, directement importés de l'étranger.

Il n'est donc pas superflu de se mettre en garde contre les diplômes étrangers dont la valeur est très variable; il serait parfaitement ridicule « de pousser le libéralisme jusqu'à compromettre la la santé et la vie de nos concitoyens, en les confiant, sans contrôle préalable, à l'ignorance ou à l'insuffisance, *possibles*, *sinon probables*, de médecins étrangers (2). »

Aussi, dès 1827, le Conseil royal de l'Université arrêtait que les docteurs étrangers seraient tenus à l'avenir de subir les mêmes examens que les élèves des facultés françaises.

Le Congrès de 1845, après une longue et brillante discussion, adopta l'amendement de Malgaigne et Lausscdat, portant que « tout médecin étranger, pour exercer en France, serait obligé d'obtenir le titre de docteur et, par conséquent, de subir les six examens et de soutenir la thèse devant une Faculté française. »

Le projet adopté par la Chambre des Pairs en 1847 renfermait la disposition suivante : « Le français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent exercer en France la médecine, ou l'une de ses branches, qu'après s'être présentés devant une des Facultés du royaume pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur. Ils ne seront admis à subir ces épreuves qu'en produisant un certificat de bonne vie et mœurs et la preuve qu'ils ont exercé au moins pendant cinq ans à l'étranger. »

En soutenant cet article devant la Chambre, le rapporteur, M. le comte Beugnot, faisait fort à propos remarquer la singulière et choquante inégalité que la loi de l'an XI a établie :

« Les Français, reçus docteurs en médecine ou en chirurgie dans les Facultés étrangères, et qui veulent obtenir le même grade dans l'une des trois Facultés de France, sont tenus de subir toutes les épreuves du doctorat, les cinq examens et la thèse, et de produire préalablement les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences ou la dispense de ces grades, tandis qu'à la demande de l'ambassadeur de sa nation un médecin étranger obtient souvent, sans aucune épreuve, tous les droits d'un docteur français. Cette inégalité de traitement est choquante et le Gouvernement a senti lui-même le besoin de renoncer à un pouvoir qui engage fréquemment sa responsabilité...... »

(1) Depuis 1869, le titre de Docteur n'est même plus exigé pour être admis à subir l'examen d'Etat.
(2) Rapport de M. L. Le Fort.

En 1878, M. Roger-Marvaise présenta à la Chambre des Députés la loi suivante, qui n'était, d'ailleurs, qu'une légère modification du premier projet qu'il avait présenté lui-même, en 1876, lequel avait été pris en considération, mais n'avait pu être complètement discuté, quand le 16 mai vint arrêter les travaux parlementaires.

Article premier. — L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI relatif à l'exercice de la médecine est modifié ainsi qu'il suit :

Les médecins et les chirurgiens étrangers, gradués dans une Université étrangère, pourront obtenir du Ministre de l'Instruction publique la dispense de la scolarité, après avis de la Faculté de médecine devant laquelle ils doivent subir les examens dits d'autorisation. Ils ne peuvent exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi, devant une Faculté de l'Etat français, deux examens, l'un théorique et l'autre pratique dont les formes et les matières seront déterminées par un réglement d'administration publique.

Le médecin ou le chirurgien étranger reçu à ces deux examens recevra un diplôme et prendra le titre de médecin ou chirurgien autorisé.

Art. 2. — Nul, dans l'exercice de la profession médicale, ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté française.

L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de cinquante francs (50 fr.) à mille francs (1000 fr.), et d'un emprisonnement de 6 jours à 6 mois.

L'article 463 du Code pénal est applicable.

Ce dernier projet est presque parfait; nous lui adresserons cependant quelques reproches : il octroie au Ministre le droit de prononcer la dispense de la scolarité; de plus, il ne dit rien au sujet des frais de cette scolarité; enfin il institue, pour les gradués étrangers, des examens autres que ceux qui existent pour les médecins français.

Il ne peut, en effet, y avoir deux sortes d'examens en France pour les français et pour les étrangers. Puisque les examens du doctorat sont chez nous de véritables examens d'Etat, conférant le droit d'exercice, les gradués des Universités étrangères se trouvent placés sur le même pied que les docteurs d'un grand nombre de pays qui ont à subir le double examen universitaire et professionnel, ce dernier étant toujours le plus sérieux.

Voici donc la rédaction que la Commission à l'honneur de proposer sur ces différents points :

Art. IX « *Les médecins et chirurgiens, gradués dans une Université étrangère, ne peuvent être autorisés à exercer la médecine ou la chirur-*

gie sur le territoire de la République qu'après avoir subi tous les examens et thèse imposés au candidat français. »

Comment, en outre, le Ministre de l'Instruction publique saurait-il apprécier la valeur des diplômes obtenus à l'étranger? Comment pourrait-il prononcer, en connaissance de cause, si les titres de tel ou tel candidat méritent de le dispenser de la scolarité? Seules les Facultés sont en mesure de bien faire cette appréciation, de connaître la somme de connaissances spéciales que suppose un diplôme et, par conséquent, de conclure s'il doit dispenser de nouvelles études.

La COMMISSION a donc cru utile d'inscrire dans la loi que :

Art. X. « *La dispense de scolarité ne saurait, en aucun cas, être accordée par le Ministre de l'Instruction publique aux gradués des Universités étrangères qu'après avis préalable d'une Faculté de médecine.* »

Mais s'il est juste de ne pas faire inutilement recommencer des études qui ont été bien faites une première fois, il est équitable aussi de ne pas accorder à l'étranger plus d'avantage et de faveur qu'il n'en est accordé aux Français en pays étranger. Si donc il peut y avoir lieu de dispenser un étranger du temps de la scolarité, nous ne voyons aucun motif de le dispenser des frais de cette scolarité, comme permet de le faire l'art. 5 du dédécret du 22 mars 1854.

Considérant qu'en certains pays le docteur français, qui veut obtenir le droit d'exercice, est astreint à payer des frais énormes de scolarité et qu'en ces matières la réciprocité doit être une règle absolue de conduite, la COMMISSION propose d'ajouter à la disposition précédente l'article qui suit :

Art. XI. « *Les frais qu'aura à acquitter le docteur étranger, qui demande le droit de pratiquer en France, seront calculés sur le taux de ceux qu'un docteur français aurait à payer pour jouir du même droit dans le pays du postulant.* »

C'est seulement quand ces droits auront été acquittés que le médecin pourra être admis à passer, devant la Faculté qui aura été consultée sur la dispense, *tous les examens et thèse qui sont imposés aux étudiants français* (Art. IX.)

Sous peine d'être incomplète, et impossible à faire exécuter, toute loi doit être accompagnée d'une sanction sérieuse et prévoyant tous les cas. Mais, d'autre part, il n'est pas moins important de ramener à un petit nombre de chefs et de rendre uniformes les pénalités édictées.

Pour tenir, autant que possible, compte de ces exigences différentes, la COMMISSION propose d'appliquer purement et simplement aux médecins étrangers les articles qu'elle a déjà eu l'occasion de présenter, dans ce même travail, au sujet de l'usurpation de titre et de l'exercice illégal.

Art. XII. « *Toute violation des précédentes dispositions entraînerait l'application des articles précédents de la loi sur l'Exercice de la médecine, (Usurpation de titres et Exercice illégal)*; art. III, V, VI, VII et VIII du présent projet). »

En effet, par suite de la *définition* qu'elle a admise pour *l'usurpation des titres et l'exercice illégal*, la COMMISSION rappelle que tout médecin étranger, qui ne se conformerait pas aux dispositions de la présente loi, devrait évidemment être considéré comme exerçant illégalement, et être poursuivi et puni comme tel.

La loi nouvelle, tout en répondant à une véritable nécessité sociale, et à une idée de justice et de réciprocité internationale, donne une légitime satisfaction aux vives réclamations du corps médical « lésé dans ses intérêts, et dans sa dignité, par les scandales qui ont entouré certaines autorisations d'exercer la médecine données par le Gouvernement français à des étrangers (1). » Si elle enlève au Ministre un droit, dont il est sans doute peu jaloux, celui d'autoriser par décret un gradué étranger à exercer la médecine en France, elle lui enlève en même temps les ennuis inhérents à l'exercice de ce droit; et ces ennuis n'étaient pas sans une certaine gravité, lorsque, le gouvernement, n'étant pas d'avis d'accorder l'autorisation demandée, le postulant s'avisait d'agir par la voie diplomatique. Comment, en effet, refuser à l'ambassadeur d'une puissance amie une simple complaisance qui paraissait sans portée et qui, après tout, était conforme à la loi? Le meilleur moyen de mettre un terme aux abus sans nombre que cette dispostion législative, inexplicable à notre époque, a introduite dans la pratique, c'est de couper court à toutes les faveurs, à tous les privilèges, et de n'avoir qu'une seule loi applicable à tous les cas et dans toutes les circonstances ; c'est, enfin, d'inscrire dans notre législation un principe depuis longtemps admis dans les législations étrangères.

(1) Rapport de M. Le Fort.

PROJET DE LOI.

Art. I. — « A partir de la promulgation de la présente loi, nul ne pourra exercer la médecine sur le territoire de la République, s'il n'a obtenu, après examens régulièrement subis devant une Faculté de l'Etat, le certificat d'aptitude au grade de Docteur en médecine. » (1).

Art. II. — « En conséquence de l'article précédent de la présente loi, l'officiat de santé est et demeure supprimé, sauf dérogation pour la période transitoire dont il va être question :

Les officiers de santé en exercice seront admis à se présenter devant les Facultés de l'Etat pour subir le cinquième examen de fin d'études et la thèse, et obtenir le diplôme de docteur.

Les officiers de santé qui ne profiteraient pas de cette latitude, continueront à exercer dans les mêmes conditions que par le passé.

Les mêmes règles sont applicables aux aspirants à l'officiat en cours d'études au moment de la promulgation de la présente loi. »

Art. III. — « Nul ne peut prendre le titre de docteur en Médecine ou en Chirurgie, officier de santé, etc., s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté de l'Etat français.

Toute usurpation de titres médicaux, quels qu'ils soient, et par qui que ce soit, est punie d'une amende de 50 à 1,000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois. »

Art. IV. — « Les médecins qui voudront se livrer à la pratique de leur art seront tenus de faire enregistrer leur diplôme, dans le délai de trois mois après la fixation de leur domicile, aux bureaux de la préfecture du département ou de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ils voudraient s'établir, faute de quoi ils seront passibles d'une amende de 25 francs.

La publication officielle de la liste des médecins régulièrement enregistrés aura lieu, tous les ans, par les soins de l'autorité compétente, dans chaque département et arrondissement, par voie d'affichage et dans les mêmes conditions que tous les actes administratifs.

Art. V. — « Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme obtenu devant une Faculté de l'Etat français et ne remplissant pas les conditions exigées par la loi, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, application d'appareils, ou délivrance de médicaments. »

Art. VI. — « L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle. »

Art. VI. — « Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera doublée, et les délinquants seront, en outre, passibles d'un emprisonnement de quinze jours à six mois. »

Art. VIII. — « Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1000 à 2000 franc; en cas de récidive, cette amende sera doublée, et les délinquants seront, en outre, passibles d'un emprisonnement de six mois à un an. »

Art. IX. — « Les médecins chirurgiens, gradués dans une Université étrangère, ne peuvent être autorisés à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi tous les examens et thèse imposés au candidat français. »

Art. X. — « La dispense de scolarité ne saurait, en aucun cas, être accordée par le Ministre de l'Instruction publique aux gradués des Universités étrangères qu'après avis préalable d'une Faculté de Mécecine. »

Art. XI. — « Les frais qu'aura à acquitter le docteur étranger, qui demande le droit de pratiquer en France, seront calculés sur le taux de ceux qu'un docteur français aurait à payer pour jouir du même droit dans le pays du postulant. »

Art. XII. — « Toute violation des précédentes dispositions entraînerait l'application des articles précédents de la loi sur l'Exercice de la médecine (Usurpation de titres et Exercice illégal); art. III, V, VI, VII et VIII du présent projet. »

(1) La réception des docteurs en médecine continuerait à être soumise aux articles 5, 6, 6, 7 et 9 de la loi de ventôse qui trouveraient ici leurs places, articles complétés par le décret d'août 1878.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

20 Mai 1882 — 4me Année. — No 20

SOMMAIRE

BULLETIN

Le projet de loi sur le divorce présenté à la Chambre des députés par M. Naquet et adopté dernièrement par elle, a soulevé une question médicale très intéressante : la folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce? M. *Legrand du Saulle* a rédigé à ce sujet, et publié dans la *Gazette des hôpitaux*, une importante consultation dans laquelle il se prononce pour la négative, et nous trouvons excellentes les raisons qu'il donne pour motiver son opinion.

Le mariage étant une véritable association fondée sur la fidélité et l'assistance réciproques, plus l'un des époux est affligé, plus il doit trouver de sollicitude chez son conjoint : les infirmités ne sauraient donc être des causes *fatales* de désunion; ce sont, au contraire, les plus cruelles épreuves de la vie qui doivent mettre en relief la plus noble des obligations du mariage : l'assistance.

Sans doute, on ne peut manquer de témoigner une sincère commisération au conjoint de l'aliéné; mais c'est justement dans ces jours d'épreuve que devient nécessaire l'assistance promise dans les jours de bonheur : quel sentiment inspirerait l'époux valide qui cesserait ses soins au moment où ils deviennent indispensables?

D'ailleurs, ajoute M. Legrand du Saulle, certains délires très rebelles se prolongent, sans qu'il soit cependant cliniquement possible au médecin d'affirmer d'une manière certaine l'incurabilité : « la thérapeutique appliquée à un certain nombre de formes de l'aliénation mentale est fertile en surprises heureuses. »

Dans une communication qu'il a faite à la dernière séance de l'Académie, M. *le Dr Blanche* a exposé qu'ayant été appelé devant la Commission de la Chambre des Députés pour donner son avis à ce propos, il n'avait pas hésité à refuser formellement de considérer la folie comme une cause de divorce. On sait que MM. Charcot et Magnan ont émis la même opinion.

M. Blanche affirme d'ailleurs que, dans la plupart des cas, on pourrait éviter le terrible malheur de contracter une alliance avec une personne susceptible d'être atteinte de maladie mentale, si, dans les projets de mariage, les renseignements étaient pris plus sérieusement; si on ne se laissait pas aveugler sur les questions de santé, par des considérations de nom, de position et de fortune qui devraient toujours être subordonnées aux premières. « Le divorce ne serait-il pas un encouragement à de honteuses et immorales spéculations, et ceux qui les font, au mépris des sages conseils et en parfaite connaissance des périls auxquels ils s'exposent, méritent-ils que la loi les autorise à rompre une union dont ils auront retiré tous les profits matériels qu'ils en attendaient, et dont il leur plait ensuite de répudier les charges et les devoirs? »

Comme M. Legrand du Saulle, M. Blanche pense que, dans les maladies mentales, l'incurabilité n'est pas toujours absolue ; qu'il peut y avoir des phases de rémission, qu'il y a même des exemples de guérison complète qui imposent aux

médecins, pendant la plus grande partie de la durée de ces maladies, une extrême réserve au point de vue des mesures légales.

Même lorsque le malade est arrivé à la période d'incurabilité définitive, si ce malade a une femme dévouée, elle le visitera, elle veillera sur lui et lui apportera le témoignage de son affection ; si elle peut le ramener dans sa maison, elle le reprendra pour le soigner elle-même ; elle adoucira ses derniers jours. M. Blanche a souvent été témoin de ces dévouements qui se complaisent aux besognes les plus pénibles et qui puisent dans le bien qu'ils font une joie intime et une inaltérable sérénité.

Telles sont les considérations d'ordre très élevé que les médecins aliénistes ont fait valoir, pour écarter la folie du nombre des causes qui pourraient être invoquées comme cas de divorce : après ces explications, on ne saurait s'étonner que la Chambre des Députés se soit rangée à l'avis de ces éminents praticiens.

Election. — *M. Sarrazin* (de Bourges) a été élu correspondant national dans la deuxième division.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE.

C'est au XIXe siècle seulement, qu'appartient la découverte des propriétés anesthésiques d'un certain nombre de substances chimiques. La chirurgie contemporaine a spécialement étudié leurs effets. Elle en a réglé l'usage et est ainsi parvenue à mettre en pratique le précepte hippocratique si connu : « *Divinum est sedare dolorem...* »

Le 4 novembre 1847, Simpson communiqua à la *Société médicale de Edimbourg* le résultat de ses expériences sur la puissance anesthésique du chloroforme chez l'homme ; et, à partir de ce jour, cet agent entra dans la pratique chirurgicale. Depuis, nombre de travaux se sont occupé de la question : le chloroforme a étendu le domaine de la chirurgie, en insensibilisant le malade ; et, en paralysant à volonté ses mouvements, il a permis de se livrer à des explorations, quelquefois indispensables, pour assurer le diagnostic et de tenter des opérations jusque-là difficilement réalisables. Mais c'est toujours, comme le disait Robert, une puissance dangereuse, c'est une force que l'art et la science doivent modérer et dont il faut qu'ils se rendent maître.

Après l'enthousiasme du début, quelques accidents mortels sont venus effrayer les praticiens ; et on peut en voir une étude intéressante dans la thèse d'agrégation du Dr Duret (1). Cette importante question de l'anesthésie chloroformique vient d'occuper de nouveau le monde médical; et nos lecteurs ont pu la suivre avec intérêt dans nos colonnes (2) depuis le commencement de cette année. Dans la séance du 14 décembre dernier, M. Lucas-Championnière (3) faisait à la *Société de Chirurgie* une communication sur les impuretés du chloroforme et leurs effets; le 21 décembre, une longue discussion, dans laquelle M. Berger venait apporter un nouveau contingent de documents, tendait à mettre en garde les chirurgiens contre les dangers du chloroforme altéré. L'Académie de médecine s'est bientôt emparée de la question et on a vu s'y dérouler une polémique dans laquelle les meilleurs orateurs, et nos maîtres les plus distingués sont, tour à tour, venus exposer leurs idées à la tribune. Le professeur Gosselin, reprenant la maxime de Sédillot, disait que : « Le chloroforme, même légèrement impur, « n'a pas de sérieux inconvénients et surtout il ne « donne pas la mort, lorsqu'il est bien adminis- « tré. » Cet aphorisme, si réellement en contradiction avec les faits, ne pouvait, en étant reproduit par un chirurgien d'une si grande autorité, que soulever des tempêtes: l'argumentation serrée de MM. les professeurs Trélat, Lefort, et Verneuil a détruit tout ce qu'il avait de dangereux. Quelle conclusion tirer de toutes ces discussions? C'est que l'inhalation du chloroforme peut produire des accidents mortels ou non mortels, accidents qui peuvent tenir :

1° Aux propriétés physiologiques nocives du chloroforme qui, comme M. Vulpian le faisait observer, place toujours le malade sous l'imminence d'une syncope respiratoire ou cardiaque.

2° A une idiosyncracie particulière des opérés, ou même à des prédispositions liées à des états organiques variés.

3° Aux impuretés du chloroforme.

Si on ne considérait que ce côté effrayant du tableau, on serait prêt à abandonner l'anesthésie chirurgicale; mais il ne faut pas se laisser aller, un seul moment, au découragement : nos statistiques françaises portent un décès pour quatre à cinq mille chloroformisations: c'est encore trop, nous l'admettons, mais ce n'est pas assez pour renoncer aux immenses avantages de l'anesthésie. Et d'ailleurs, ne verrait-on pas augmenter le chiffre des morts opératoires par *choc traumatique*, que le chloroforme a certainement fait diminuer?

(1) Duret, Th. agrég. Paris, 1880. Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.

(2) Voir *Concours médical*, pages : 85, 107, 121, 133-145-175.

(3) Bulletin, Soc. Chirurgie p. 867.

L'enseignement que l'on doit tirer des récentes discussions est celui-ci : « Ayant entre nos mains « un moyen d'anesthésie puissant, efficace, mais « *toujours dangereux*, nous devons nous en- « tourer de toutes les conditions susceptibles de « diminuer le péril. » Il faut, comme le dit le Professeur Trélat, dans son remarquable discours, que celui qui s'approche d'un malade, le chloroforme à la main, soit bien pénétré de la responsabilité qu'il assume, et cela d'autant plus qu'il n'a pour guide que la science et la conscience. Il est donc important de *bien savoir* et de *juger juste*.

Tels sont les motifs pour lesquels nous n'avons pas cru inutile de rappeler à nos lecteurs un certain nombre de détails intéressant la chloroformisation et la vie de nos malades. Vu l'importance du sujet que nous traitons, nous le diviserons en plusieurs chapitres.

1° De l'action physiologique du chloroforme et des accidents de la chloroformisation.

Absorbé par la muqueuse respiratoire, le chloroforme pénètre dans la circulation, et, par son intermédiaire, va agir sur le système nerveux central. On peut avec Willièmes, (1) reconnaître et suivre, dans la succession des phénomènes, l'action envahissante du chloroforme sur les centres nerveux. On observe quatre phénomènes :

1° Sommeil : action du chloroforme sur les lobes cérébraux.

2° Anesthésie : action sur les cornes postérieures de la moelle et sur la protubérance.

3° Résolution musculaire : suspension du pouvoir des centres excito-moteurs.

4° Arrêt de la respiration et du cœur : action sur le bulbe.

Tels sont les phénomènes que l'on observe sur un animal en expérience. Voyons maintenant ce qui se passe chez l'homme que l'on soumet à l'anesthésie dans un but opératoire, les phénomènes produits sont les suivants :

1° Des *Prodromes* caractérisés presque toujours par des phénomènes d'excitation.

2° Sommeil anesthésique.

3° Anesthésie complète (période dite chirurgicale.)

4° Résolution musculaire. (Etat déjà plus dangereux et qu'il n'est pas toujours utile d'atteindre.)

5° Phénomènes d'intoxication bulbaire.

Il sera de la plus haute utilité que celui qui se charge de l'anesthésie d'un malade, suive avec soin la succession de ces diverses phases ; qu'il sache en reconnaître les signes distinctifs et particulièrement ceux qui annoncent la dernière étape, qui est si voisine de l'arrêt des fonctions du bulbe.

Lorsque l'on examine la liste des cas malheureux où des malades ont succombé, on peut classer toutes ces morts sous trois chefs principaux. On voit, de plus, que la quantité du chloroforme employé a rarement été exagérée, puisque, dans quelques cas, elle n'a pas dépassé 20 à 30 gouttes.

Dans un premier ordre de faits, nous classerons les malades qui succombent sous l'action du chloroforme, mais sans qu'on puisse attribuer leur mort à cet agent. Ils périssent du fait de l'acte opératoire par *choc traumatique*. Ce sont les cas dans lesquels un malade, complètement endormi, est tué par une syncope foudroyante, au moment où le chirurgien fait la première incision pour commencer une opération.

L'hémorrhagie mortelle a aussi été observée durant l'action du chloroforme, mais quand elle est modérée, elle ne paraît pas plus dangereuse sur un sujet endormi que sur un malade non anesthésié.

Dans une seconde classe, nous rangeons les accidents mortels post-chloroformiques. On a vu des malades, bien réveillés après une opération, être emportés quelques heures après par une *syncope tardive*, sans qu'on pût rien trouver, à l'autopsie, qui pût expliquer le fait.

Quelques-uns ont succombé à une *congestion pulmonaire intense* : mais nous avons remarqué, dans les faits de ce genre, que c'étaient des malades dont l'appareil respiratoire était antérieurement en mauvais état (bronchite chronique, emphysème) ; ou des sujets opérés de hernie étranglée. Nous avons, il y a quelque temps, fait remarquer les relations qui existent entre l'étranglement herniaire et la congestion pulmonaire.

La plus importante catégorie d'accidents renferme ceux qui sont attribuables à *l'action du chloroforme lui-même*, tout en tenant compte des prédispositions, et des circonstances individuelles. La mort survient toujours par l'un des deux modes suivants :

1° Par *syncope cardiaque* caractérisée par l'arrêt brusque des battements du cœur, arrêt habituellement précédé par un affaiblissement progressif du pouls ou par une accélération avec petitesse de ses battements.

2° Par *arrêt respiratoire*, caractérisé par la cessation des mouvements du thorax avec *persistance des battements du cœur* pendant 1, 2, 3, et mêmes 10 minutes après la dernière aspiration.

Or ces deux phénomènes sont susceptibles de se produire aux différentes périodes de l'anesthésie. C'est ainsi que, durant les *premières inhalations*, il peut survenir une syncope primitive que l'on a attribuée à l'action irritante des vapeurs du chloroforme sur la muqueuse laryngée, et que, pour cela, on a nommé syncope *laryngo-réflexe*.

L'apnée réflexe (syncope respiratoire primitive) peut aussi s'observer, et elle s'accompagne alors, ou bien d'un spasme de la glotte difficile à reconnaître, ou plus souvent d'une *contracture tétanique* de tous les muscles respiratoires, après laquelle le sujet retombe inerte sur le lit d'opération.

Quand la narcose est complète, la mort survient encore quelquefois, mais d'une façon moins brusque : la *syncope cardiaque secondaire* s'annonce par l'affaiblissement du pouls, la pâleur de la face.

(1) Willième. Congrès de Bruxelles 1876, p : 146.

L'arrêt respiratoire est annoncé par la diminution progressive des mouvements thoraciques, des sortes d'oublis de respirer; phénomènes sérieux qui indiquent que les fonctions du bulbe sont gravement menacées. L'affaiblissement des mouvements respiratoires, la dyspnée avec congestion bleuâtre de la face sont donc des signes importants pour celui qui administre le chloroforme.

Il est une série d'autres accidents qui, bien que non mortels, n'en sont pas moins très importants. Pour MM. Lucas Championnière et Berger, ils sont surtout attribuables à l'impureté du chloroforme, puisque sur un même malade, endormi deux fois avec des liquides différents, on a pu les observer pendant la première anesthésie tandis que, à la seconde, ils ne se reproduisirent pas. On observe d'abord une *lenteur* plus grande dans l'action de l'anesthésique; dans quelques cas, on n'a pu arriver à une insensibilité suffisante même pour l'anesthésie obstétricale.

On a observé aussi des irrégularités respiratoires nombreuses, des suspensions de cinq, dix et quinze secondes, s'accompagnant de congestion et de cyanose de la face. D'autres fois c'est une *hypersécrétion bronchique* considérable qui gêne d'une autre façon le jeu respiratoire.

Après le réveil, le malade peut présenter un anéantissement complet des forces, de la faiblesse du pouls, des tendances à la syncope, des frissions et un refroidissement persistant. Quelquefois, enfin, aux *vomissements* succède un embarras gastrique plus ou moins durable.

L'administration du chloroforme n'est donc pas exempte de dangers; elle peut donner lieu à des accidents qui déjouent toutes nos prévisions; mais aussi nous voyons qu'en suivant certaines règles, il est possible d'arriver à en prévenir un grand nombre : or un accident prévu est plus sûrement évité.

2o Des conditions à remplir pour obtenir une bonne anesthésie.

Deux choses sont à considérer, toutes les fois que l'on veut anesthésier un sujet: *le chloroforme, le malade*.

A. — Le chloroforme. Pur il est dangereux; impur il l'est davantage et irrite plus sûrement la muqueuse respiratoire.

Il faut donc, avant tout, n'employer que du chloroforme parfaitement pur, et être capable de le reconnaître. On sait que cette substance se décompose lentement, au contact de l'air, et quand il est exposé à la lumière; il serait donc préférable de le conserver dans de petits flacons de 30 à 40 grammes, soigneusement bouchés et tenus dans un lieu obscur.

Le chloroforme impur a des caractères appréciables; son odeur, au lieu d'être suave, prend fortement à la gorge; il laisse, sur la compresse dont on se sert, une tache à contours foncés; et, quand on le verse sur du papier blanc pour le faire évaporer, le papier reste mouillé après l'évaporation; enfin, si l'on y projette quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent, il se fait un précipité blanc de chlorure d'argent.

M. le professeur Regnauld a fait connaître un réactif très sûr, l'acide sulfurique, qui donne avec le chloroforme altéré une coloration rouge brun.

M. Yvon a indiqué aussi une réaction, caractérisée par le virage du rouge au vert, d'une solution alcaline de permanganate de potasse. D'après ce chimiste, il suffit de traiter le chloroforme par le permanganate, et de le distiller ensuite pour l'obtenir parfaitement pur. Pour réaliser ces conditions, il serait utile que l'on put trouver dans les pharmacies des flacons de chloroforme rectifié et d'une petite capacité.

B. — Le malade. Il ne faut jamais anesthésier un patient sans l'avoir soigneusement examiné, sans avoir constaté si ses appareils fonctionnent normalement où s'ils sont altérés. On tirera de ce examen préalable, peut être un peu trop négligé, quelque fois des contre-indications absolues, d'autres fois des renseignements utiles qui feront prévoir les dangers.

Si *l'âge* des malades n'est jamais une contre-indication, puisque l'on a endormi des enfants de six et neuf mois et des vieillards, il faut néanmoins se rappeler que, pour l'enfant, la dose doit être moins forte, et que la vieillesse s'accompagne souvent d'altérations organiques qui rendent le chloroforme plus dangereux.

Nous avons vu que toujours les malades meurent par le cœur ou par le poumon, et que ces accidents dépendent de l'action immédiate des centres nerveux; l'examen du clinicien devra donc porter sur ces trois appareils.

L'exploration de *l'appareil circulatoire* révèlera des *lésions valvulvaires* plus ou moins anciennes; ou bien le malade sera sujet aux *palpitations nerveuses*; ces faits n'entraîneront pas de contre-indications, mais commanderont une prudente réserve. Les malades *gras* et *âgés*, devront être soigneusement examinés au point de vue de la *dégénérescence graisseuse du cœur* qui expose si souvent à la syncope. Le professeur Hardy a récemment rappelé les signes de cette altération. Elle se caractérise par la mollesse et la lenteur du pouls, une faiblesse particulière des mouvements et des bruits du cœur, quelquefois la disparition ou la diminution du premier bruit. Habituellement ces malades ont un athérome généralisé des artères et un gérontoxon.

Un état profond d'*anémie* est toujours un danger dont il faut se défier.

L'état de la *respiration* est aussi important. En général, toutes les affections qui diminuent, soit l'étendue des mouvements thoraciques (paralysies, pleurésies anciennes, ascite), soit l'étendue de la surface respiratoire, sont un danger qui croît en proportion de la grandeur de l'altération.

La *bronchite aiguë*, la *pneumonie*, la *congestion pulmonaire*, repoussent absolument l'emploi du chloroforme. La *bronchite chronique*, *simple* ou *tuberculeuse*, l'emphysème pulmonaire

sans contre-indiquer absolument l'emploi de l'anesthésique, augmentent le danger et commandent l'attention.

« Avec les sujets qui ont souvent des accidents « *nerveux* de *nature congestionnelle*, a dit le professeur Richet, il faut être très réservé. » Outre ces sujets enclins à la congestion cérébrale, prédisposés à l'hémorrhagie ou au ramollissement, on doit encore noter qu'on a vu survenir des accidents chez certains individus, des femmes surtout, ayant une *tendance* habituelle *à la syncope*.

Défiez-vous aussi des malades craintifs, taciturnes et sombres, ou bien de ceux qui, après avoir paru redouter l'opération, dissimulent leur crainte et font les braves. Tous ceux-là sont exposés à la syncope opératoire; ils peuvent succomber brusquement soit aux premières inhalations du chloroforme, soit quand vous porterez sur leurs tissus l'instrument tranchant.

L'alcoolisme ancien est encore une condition défavorable qui peut créer nombre d'ennuis.

Enfin, il est des circonstances qui sont liées à l'état morbide pour lequel on intervient et qui peuvent agir sur l'anesthésie. La généralisation d'une tumeur, le *cancer* en particulier, dans les organes profonds, comme le poumon, est bien souvent méconnue et ne peut guère entrer en ligne de compte.

Mais souvent on a affaire à des blessés atteints de traumatismes graves qui réclament une prompte intervention. S'ils sont encore sous l'influence du *choc traumatique*, crispés, pâles, refroidis, n'usez pas du chloroforme qui serait capable d'amener une syncope mortelle.

L'algidité qui s'observe dans nombre d'affections, en particulier dans les *occlusions intestinales*, et les *hernies étranglées*, est une contre-indication formelle à l'emploi du chloroforme.

Ainsi prémunis contre tous les dangers éventuels que l'anesthésie fait courir au malade, voyons comment on doit l'appliquer.

(*A suivre*). Dr HAMBAR.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MEDECINE CANTONALE.

TREIZIÈME LETTRE.

CHAPITRE VI.

Liberté absolue; charité individuelle sans attaches administratives.

Frappés de l'extension du paupérisme, malgré l'augmentation des moyens destinés à le combattre, et rééditant en cela une théorie déjà émise par quelques conventionnels, des économistes anglais, suivis bientôt par les nôtres, crûrent pouvoir déclarer que l'État était incompétent en matière d'assistance, et que la charité privée devait suffire au soulagement de la misère. D'après eux, la charité privée avait à prendre soin des pauvres, à régler, en toute liberté, les conditions et les formes de l'assistance, et, après avoir fondé avec ses seules ressources des hôpitaux, des hospices, des maisons d'enfants trouvés, des refuges d'orphelins etc., etc., à les administrer et à les soutenir.

C'est ce qui se pratique en Angleterre où, en dehors des *workhouses* et des secours de la *taxe des pauvres*, la charité légale ne s'immisce en rien dans les œuvres et établissements de bienfaisance.

Nous ne saurions parler en connaissance de cause de ce qui se passe chez nos voisins, mais M. de Carné, dans la *Revue des Deux-Mondes*, a fait des *workouses* ce bien triste tableau : « Quiconque y pénètre, poussé par le désespoir « et la faim, doit rompre, tant qu'il en habite la « sombre enceinte, toutes les affections de fa- « mille, tous les liens qui l'attachent à la terre. « La misère l'ensevelit vivant, et le malheur lui « prépare un sort aussi terrible que le crime.»

« Loin de conclure, dit Hubert-Valleroux, avec « les économistes et les partisans de la liberté « absolue en faveur de l'organisation anglaise de « l'assistance sociale, nous avons cru qu'en éle- « vant ces tombeaux à l'egard des vivants, et les « présentant aux pauvres comme unique mode de « secours, le gouvernement anglais n'avait en vue « que d'exonérer le trésor de la taxe de charité, en « rendant celle-ci tellement horrible, que les plus « délaissés seuls songeassent à y recourir. Nous « l'avons cru, et nous avons remercié les législa- « teurs de la France d'avoir énergiquement re- « poussé toutes les lois ayant les mêmes tendan- « ces. Nous les avons remerciés surtout du fond « de nos entrailles, après avoir vu, de nos yeux, « les misères dont nous avions lu auparavant la « description. Oui, dût la France augmenter ses « richesses dans les mêmes proportions que l'An- « gleterre, s'il faut, comme elle, les acheter au « prix des misères, des détresses épouvantables « dont nous avons été témoins (et comment les ob- « tenir autrement?) Que Dieu préserve à jamais « ma patrie de telles richesses! qu'il la maintienne « pauvre en fortune, riche en dévouement!... qu'il « la garde de préférer l'argent à la charité et de « sacrifier des milliers d'hommes à la fortune de « quelques-uns! Elle sortirait de ses voies! elle « ne serait plus la France! » (De l'assistance sociale, p. 260).

Se plaçant à un point de vue différent, plusieurs médecins, faisant partie de l'Association générale des médecins de France, demandèrent, lors de la discution des conclusions du rapport du Dr Barrier (1), que l'assistance des indigents ne reçut pas d'organisation. Ils firent remarquer que, grâce à l'abnégation des membres du corps médical, les indigents recevaient les soins nécessaires, et et qu'il fallait craindre que l'organisation projetée ne vint à enchaîner la liberté du médecin, et ne le mît à la merci de l'autorité et des indigents.

Nous avons, croyons-nous, évité cet écueil dans le projet que nous avons défendu ici. Mais le dé-

(1) Voir p. 94, nº 8 du *Concours*, 4e année.

vouement du médecin ne suffit pas, et ce qui se passe dans plus de trente cinq de nos départements où l'assistance publique n'a pas reçu l'organisation même la plus précaire, permet d'affirmer que la charité privée ne vient en aide aux malheureux que rarement, à ses heures, et que, de plus, elle est toujours insuffisante. Capricieuse dans ses largesses, elle est sujette aussi à des entraînements irréfléchis lorsqu'il s'agit d'une catastrophe bruyante et subite (1).

Le médecin le sait mieux que personne, aussi n'hésitons nous pas à réclamer pour l'indigent, une organisation libérale de l'assistance publique; pour nous, la juste rémunération de notre travail et de nos peines.

C'est la conclusion que nous avons essayé de dégager de cette étude sur la médecine cantonale.

On nous permettra de rappeler, avant de terminer, que nous avons demandé l'assistance des indigents *obligatoire* pour toutes les communes. La loi du 24 vendémiaire, an II, dans l'article 18 du titre 5, disait nettement : « Tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru à son domicile de fait, ou à l'hôpital le plus voisin. »

La Chambre des Pairs de 1847, rejeta le principe de l'obligation réclamée par le comte Beugnot, et la Chambre des députés de 1877, par crainte d'imposer aux communes une charge trop lourde, a laissé facultative l'organisation de l'assistance.

Nous n'en persistons pas moins à considérer *l'obligation* comme absolument indispensable au fonctionnement de l'assistance.

« L'expérience et le raisonnement prouvent, « disent MM. Roussel et Morvan, que l'avenir « de l'assistance publique, vainement inscrite « comme un principe obligatoire dans le texte de « nos constitutions depuis 1791, est là tout « entier; que jamais ce principe n'a pu passer et « qu'il ne passe pas solidement du domaine de la « théorie sur le terrain de la pratique, tant qu'il « ne sera pas assis sur des bases financières fixes « et réglées par une loi.

« Il en a été de même pour l'instruction pri- « maire, si justement citée en exemple par la « Faculté de Strasbourg, et, dans un autre ordre « d'intérêts matériels, on peut dire qu'il en a été « de même pour la viabilité vicinale. Les appels « au nom de l'intérêt public et des principes, sont « demeurés impuissants, jusqu'au jour où, en ins- « crivant l'obligation dans la loi, on y a fixé en « même temps les bases financières de son appli- « cation; à dater de ce jour seulement, l'instruc- « tion primaire comme la vialibilité vicinale, ont « pris rang parmi nos institutions publiques.

« Il n'en saurait être autrement pour l'assis- « tance médicale; et nous n'avons pas besoin « d'invoquer encore ici ni les principes ni les lois « de la solidarité humaine. Il suffit de se placer « sous la lumière de la conscience pour que cha- « cun sente qu'il n'est pas moins rigoureusement « tenu envers l'indigent malade, le vieillard in- « firme ou l'enfant abandonné, qu'envers l'igno- « rant. Il suffit qu'une telle question soit posée, « pour que personne n'hésite à comprendre dans « la tâche de réorganisation qui s'impose à l'As- « semblée nationale, la mise en pratique rigou- « reuse d'un principe gravé dans nos lois, plus « profondément gravé dans les cœurs, et cepen- « dant stérile jusqu'à ce jour. »

Aujourd'hui que les embarras financiers causés par nos cruels revers ont fait place à une situation qui permet de nombreux dégrèvements d'impôts, nos gouvernants ont, plus que jamais, le devoir de se préoccuper des malheureux. Et maintenant que l'enfant du pauvre, obligé d'aller à l'école, restera plus longtemps à la charge de sa famille, il faudra que les parents soient secourus. Ne donne-t-on pas déjà des secours à la famille de ceux qui sont appelés sous les drapeaux pour une période de treize ou de vingt-huit jours? Il n'y a qu'un pas à faire pour rendre cette assistance permanente.

Nous serions heureux d'avoir contribué à en précipiter le moment. Quoi qu'il arrive, nous avons la conscience d'avoir, en toute franchise, exposé le problème de l'assistance médicale des indigents, et proposé la solution qui nous a paru la meilleure et la plus libérale.

Nous y avons été aidé, pour une large part, par les nombreux et sympathiques encouragements que nos confrères ont bien voulu nous donner dans le cours de notre travail; qu'ils veuillent en accepter nos sincères remerciements.

D[r] MIGNEN.

(1) La souscription en faveur des 146 victimes du *Ring-Theater* de Vienne a atteint 3 millions et demi de francs, ce qui permet de donner 22.244 francs à chacune d'elles, tandis qu'on ne pourra distribuer que des secours insignifiants et presque dérisoires aux familles des héroïques victimes des naufragés de Honfleur! (journal le XIX[e] siècle, jeudi 13 avril 1882).

APPENDICE.

M. le D[r] Spitalier, de Grasse, a adressé au Conseil général des Alpes-Maritimes, un projet d'assistance médicale dans les campagnes, qui, sur l'invitation du préfet du département, a fait l'objet d'une pétition déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale par M. Chiris, député.

Le projet est fondé sur la réorganisation : 1° de *service paroissial des communes rurales*. Notre confrère demande que, les communes et hameaux au-dessous de cinq cents habitants n'ayant droit qu'à une école primaire mixte, leurs paroisses n'eussent droit aussi qu'à la *desserte par binage*, de telle sorte qu'en moyenne, un desservant n'eut pas moins de six cents à mille paroissiens. On obtiendrait ainsi 30.000 francs d'économie pour le seul arrondissement de Grasse ;

2° *Des divers services médicaux* du département. Il s'agit ici de la création dans chaque arrondissement, d'un *médecin inspecteur de la santé publique* chargé de l'inspection des phar-

macies et drogueries, des établissements de bienfaisance et des écoles au point de vue de l'hygiène. « Cet inspecteur, exclusivement occupé de ses fonctions, entretiendrait des rapports suivis avec les autres médecins, et chacun de ceux-ci recevrait des honoraires proportionnés à sa participation dans la médecine des pauvres. »

Nous ne doutons pas que la réorganisation du service paroissial ne soit possible dans l'arrondissement de Grasse sur les bases indiquées par notre confrère. Mais nous pouvons lui affirmer qu'il n'en serait pas de même partout, et dans notre département en particulier.

Quant à la réorganisation des services médicaux, réclamée par notre confrère, elle nous amène à parler d'un projet analogue, mais antérieur en date, du Dr Viallet, de Rhodez. « Je « voudrais, dit-il : 1o qu'il y eut un *directeur « général* de l'Assistance publique pour toute la « France, ainsi qu'il y en a un pour les contri- « butions directes, indirectes, l'enregistrement, « les postes, en ce qui regarde le *corps médical « dépendant de l'administration*, et que ce di- « recteur fût un *médecin*.

» Il aurait charge de nommer, de révoquer, « de donner de l'avancement à ceux qu'il jugerait « les plus dignes, et de défendre les intérêts pro- « fessionnels,

» 2o Sous lui, serait une commission de mem- « bres, en majorité *médecins*, qui auraient à « étudier une nouvelle organisation des hôpi- « taux, à mettre un nombre suffisant de médecins, « de chirurgiens, de sœurs, d'économes, d'infir- « miers et d'infirmières, en rapport avec le nom- « bre de lits, de manière qu'il n'y eût plus une « exubérance énorme d'un côté, et parfois un « nombre très insuffisant de l'autre.

» Ces inspecteurs généraux, qui remplaceraient « ceux qui existent et qui ne sont pas médecins, « feraient tous les trois ans une inspection des « hôpitaux et des bureaux de bienfaisance.

« Il devrait y avoir dans tous les départements « un *médecin directeur des hôpitaux* qui serait « en même temps *inspecteur des enfants assis- « tés*. Un ou plusieurs inspecteurs adjoints, éga- « lement *médecins*, devraient être nommés selon « le nombre des enfants assistés et les distances « à parcourir, de manière à enrayer la mortalité « si grande des nourrissons et l'industrialisme « hideux des nourrices.

» Le directeur et l'inspecteur adjoint, nommés « l'un et l'autre par le directeur général, sur « l'avis des inspecteurs généraux, ne dépendraient « que de lui et auraient à lui rendre compte de « leur gestion.

» Les innovations, les réformes à opérer ve- « nant de la direction générale, dont ils ne se- « raient que les agents, point de contestations « à avoir avec les commissions hospitalières, qui « auraient le droit d'en appeler au directeur gé- « néral.

« D'après ce mode, tous les hôpitaux de chaque « département seraient visités deux fois par an et « plus souvent si besoin était; les bureaux de « bienfaisance auraient un contrôle sérieux.

« Dans l'état actuel, les inspections générales, « confiées à des personnes étrangères à la profes- « sion médicale, n'ayant lieu que tous les cinq « ans, sont faites tellement à la hâte, que les « principaux hôpitaux, seuls, sont visités et les « autres ne sont connus que de nom. Et « dès lors, il s'est glissé des abus qui déna- « turent le but des hôpitaux tout en dissipant « les ressources dont ils disposent, et empê- « chent le bien qu'on serait en droit d'en atten- « dre. » (Etudes sur la profession médicale, 1876.)

Les lecteurs du *Concours* savent que le Dr Bibard, de Pontoise, (No 39, 3e année) a demandé la création d'un médecin inspecteur des enfants assistés, estimant qu'elle est indispensable pour assurer le fonctionnement de la loi Roussel. Les inspecteurs médecins remplaceraient avantageusement les inspecteurs actuels, auxquels les connaissances spéciales font défaut (1) et, cela, sans augmentation de la dépense.

Nous souhaitons donc vivement la réalisation des idées de nos confrères, en rappelant ici que le Dr Gassot les a défendues dans le no 45 du *Concours* (3e année), par tous les arguments que cette question comporte, et nous placerions le médecin inspecteur du département, à titre de membre de droit, dans le comité consultatif que nous avons constitué par l'article XX de nos conclusions. (p. 381. *Conc.* 3e année) (2).

MOBILIER MEDICAL.

Chaque commune, avons-nous dit (art. XXII de nos conclusions), devra être pourvue d'un mobilier médical .

Voici, d'après le Dr Andrieux, quelle devrait en être la composition :

2 baignoires en métal.
1 baignoire en bois.
2 bains de siége en zinc.
2 grandes seringues.
1 irrigateur.
1 seringue d'enfant.
2 bassins plats.
2 urinoirs.
2 biberons.
6 sondes en caoutchouc et 2 mandrins.
2 œillères.
2 grosses éponges et 2 petites.
2 lits en fer se pliant.
2 matelas en laine et crin.
4 couvertures de laine.
4 paires de draps.
10 mètres de toile à bandes, linge pour compresses et charpie.
2 fauteuils.
2 paires de béquilles.

Le tout coûterait environs 500 francs.

Dr Mignen (*de Montaigu*).

(1) Voir l'article *Nouvelles*, No 2 du *Concours*, 4e année, p. 24.

(2) Ici devraient prendre place naturellement les conclusions que des nécessités connues du lecteur nous ont fait publier dans le no 32 du *Concours*, 3e année. Pour être complet, il faudrait y joindre le réglement sur les bureaux de bienfaisance, formulé par Siegfried, et que nous avons adopté.

Le lecteur connaît aussi nos idées sur les hôpitaux, ce qui nous dispense de les reproduire sous forme d'articles.

Le no 33 du *Concours*, 3e année, contient l'exposé du budget de l'assistance.

REVUE ÉTRANGÈRE

I

JOURNAUX AMÉRICAINS

Compression mécanique prolongée de l'artère carotide primitive, comme moyen thérapeutique. Le Dr *J. Léonard Corning*, de New-Yorck, fut conduit, par des considérations d'ordre anatomique et physiologique, à rechercher la valeur et la signification de certains phénomènes qui accompagnent ordinairement les désordres de la circulation cerébrale. Ses premières expériences eurent lieu sur des épileptiques.

Ayant noté l'afflux considérable de sang au cerveau, et les battements violents des carotides faciles à observer sur les patients pendant une attaque, il résolut de s'assurer, par l'experience suivante, si la congestion du cerveau avait un rapport immédiat de causalité avec l'attaque d'épilepsie. A cet effet, il fit construire une espèce de « *bandage* » a l'aide duquel il lui fut possible de comprimer à la fois les deux artères carotides primitives pendant un certain temps. Avec cet appareil ou d'autres semblables, il exerça une compression continue (nuit et jour) sur les carotides d'un grand nombre d'épileptiques avérés, manifestant tous les symptômes de la maladie, (périodicité des attaques, écume à la bouche, morsure de la langue, etc).

Au moment où commencèrent les expériences, plusieurs patients avaient jusqu'à trois attaques par jour; néanmoins, durant plusieurs semaines, c'est-à-dire tout le temps que dura la compression, les convulsions et les accès furent *entièrement supprimés.* On nota aussi une amelioration marquee de la santé générale, et une grande diminution dans la frequence des attaques longtemps apres la cessation du traitement.

La même methode, compression mécanique prolongée, fut également employee avec succès, — et même avec un succès plus grand, en ce sens que l'effet était immédiat et continu, dans un grand nombre de céphalalgies congestives rebelles; dans la manie aiguë, avec excitation violente, elle a obtenu aussi d'excellents résultats eu amenant facilement le sommeil, si difficile à obtenir par les moyens ordinaires. Par contre, on n'a pu démontrer son efficacité dans les convulsions de la paralysie générale.

Disons maintenant un mot de l'appareil. Il se compose essentiellement d'un ressort d'acier qui entoure le cou (sauf la region antérieure) et qui supporte deux armatures mobiles et courbes. A l'extrémité antérieure de chacune de ces armatures est ajusté un étroit coussinet articulé, supportant une pelote destinée à comprimer l'artère, maintenue par l'élasticité du ressort.

Les extrémités postérieures des deux armatures sont fixées à un manche qui permet à l'opérateur d'augmenter plus ou moins la compression. — Enfin, il faut avoir soin de comprimer l'artère *en dehors* des veines jugulaires (away); ou, plutôt, *sans comprimer les veines jugulaires*; car si cette précaution n'etait point prise, le résultat ne serait plus du tout le même. Le succès de l'opération dépend en grande partie, là comme ailleurs, de l'habileté de l'opérateur. — Le Dr Léonard Corning, par ses nombreuses expériences, a trouvé que la portion de la carotide primitive qu'il est préférable de comprimer, ou en d'autres termes, le *lieu d'élection* de la compression, est cette portion qui correspond à *un point* situé un peu au dessus du point de jonction du cartilage thyroïde avec le cricoïde.

Ainsi, pour bien appliquer cet instrument, il faut, auparavant, faire l'exploration digitale avec une grande attention; c'est une condition *sine qua non* du succès.

La *compression de la carotide*, comme moyen d'arrêter ou de prévenir certaines formes d'attaques convulsives, n'est certes pas un moyen nouveau. Il rappelle à ce sujet les travaux de Malapert, de Trousseau, et même de Parry, qui s'en occupa dès 1792.

Mais ces auteurs n'avaient en vue que *la compression digitale*; et c'était là, selon eux, un moyen TEMPORAIRE qu'ils n'ont pas essayé, du moins que je sache, d'introduire comme moyen thérapeutique dans la pratique journalière. — C'est en cela que la méthode du Docteur Corning diffère de celle de ses illustres devanciers. Elle paraît rationnelle et simple; et il est à souhaiter qu'elle se propage en Europe comme en Amérique, pour combattre ces convulsions et ces attaques contre lesquelles la thérapeutique n'aura jamais trop de resources.

(Tiré du Méd. Record. 18 fév. 82.)

*
* *

Le Bicarbonate de soude dans la tonsillite.

Le Dr *Giné*, professeur de clinique chirurgicale à Madrid, affirme que l'application répétée du bicarbonate de soude comme topique, est d'une efficacité incontestable dans la tonsillite.

La poudre peut être projetée à l'aide d'un tube sur les surfaces enflammées, ou appliquée directement avec le doigts. — Soulagement immédiat; guérison trés rapide, parfois en vingt-quatre heures. — Le Dr Giné considère aussi ces applications comme pouvant rendre de grands services dans l'hypertrophie des amygdales, et diminuer ainsi la fréquence des cas où l'amygdalotomie devient une nécessité.

(Tiré du New-Remedies, février 82.)

*
* *

La circoncision comme précaution sanitaire. — Le Dr *Edward T. Williams*, dans un mémoire lu devant la Société médicale du district de Norfolk, le 29 novembre 1881 et publié dans le Journal médical et chirurgical de Boston, s'exprime ainsi sur la valeur sanitaire de la circoncision :

« La circoncision semble présenter plusieurs avantages :

1o « L'exposition du gland à l'air et au frottement des vêtements, en rendant sa surface plus sèche et son épiderme plus epais, le rend moins exposé aux écorchures, et par conséquent aux ulcères vénériens qui peuvent résulter de l'acte sexuel;

2o « Il est admis que l'ablation du prépuce est un moyen préventif très utile de la masturbation; car, non-seulement il rend cet acte lui-même plus difficile, mais en diminuant la sensibilité du gland et en empêchant le séjour de sécrétions irritantes, il diminue aussi la propension instinctive à cet acte;

3° « La circoncision prévient les accidents du phimosis et du paraphimosis ;

4° « Elle prévient la rétention des matières sébacées qui peuvent amener la balanite;

5° « Il est probable enfin qu'elle favorise la contineace, en diminuant l'excitabilité de l'organe et le prurit de l'appétit sexuel. »

Ces remarques très judiciaires qui expliquent et justifient la loi de Moïse et de Mahomet, ne sont pas bien nouvelles; mais il n'est pas inutile de rappeler, une fois de plus, que pour combattre avec succès et redresser certaines infirmités morales, il est nécessaire de s'attaquer à leur cause matérielle, purement physique et très facile à reconnaître, mais souvent méconnue, soit par ignorance, soit par incurie, soit par mauvaise volonté.

« *Tiré du médical and surgical Reporter.* »
Philadelphie, 21 janvier 1882.

*
* *

La liqueur de Fowler dans le traitement du Tétanos. — Le tétanos, même traumatique, est une maladie pour laquelle les ressources de la thérapeutique ne sont pas tellement importautes et sûres qu'il soit inutile d'en faire connaître de nouvelles. Pour moi du moins, je ne sache pas que l'arsenic ait été employé à cette occasion de ce côté-ci de l'Atlantique.

Il y a déjà nombre d'années que le *Docteur A. S. Barnes*, de Saint-Louis, emploie avec succès ce traitement, ainsi que son éleve, le Dr Hodgen. Ce dernier ayant raconté au Dr William Byrd, de Quincy (Illinois) les cures merveilleuses qu'il avait obtenues à l'aide de la liqueur de Fowler a haute dose, celui-ci se décida à y recourir dans un cas grave où les applications émollientes et calmantes à l'extérieur, accompagnées de chloral et de bromure de potassium à l'intérieur avaient complètement échoué. Comme le patient avait l'estomac en bon état, au lieu de lui faire des injections hypodermiques avec la liqueur Fowler, on la lui fit prendre par la bouche, à la dose de dix gouttes toutes les trois heures pendant 48 heures. Et comme un mieux manifeste fut obtenu au bout de ce temps, on ne lui donna plus que dix gouttes toutes les six heures. Au bout de trois jours on ne lui donna plus que deux fois par jour la même dose. Le mieux se maintint; la plaie offrait des bourgeons de bonne nature, et ne tarda pas à se cicatriser avant qu'on eût suspendu l'emploi de la liqueur arsenicale.

« *Tiré du med. and surg. Reporter, 25 fev. 1882.* »

*
* *

Une nouvelle bougie uréthrale. — Dans les *Transactions* de l'Association médicale du Mississipi, le Dr *Daniel* rapporte deux cas où ayant essayé vainement de faire pénétrer une bougie du plus petit calibre à travers un rétrécissement de l'urèthre, il eut recours à un menu fil de catgut (corde à violon), auquel il fit aisément franchir l'obstacle. Après l'avoir laissé en place pendant quelques minutes, il le retira, et le trouva alors gonflé et augmenté du double environ de son diamètre primitif. Ce que voyant, il introduisit un autre fil plus gros, et le laissa en place environ dix à quinze minutes; quand il le retira, il trouva le canal de l'urèthre suffisamment dilaté pour admettre le passage d'une bougie ordinaire n° 4. — Les bougies de corde à boyaux ne sont pas précisément une nouveauté dans la thérapeutique du rétrécissement uréthral; on leur a reproché de se dilater inégalement et d'exposer, quand on les retire, à la déchirure de la muqueuse du canal: mais je crois qu'en procédant comme l'auteur précité, c'est-à-dire en employant d'abord une corde mince qu'on ne laisse en place que quelques minutes, puis une autre d'un calibre un peu plus fort, on peut arriver progressivement à obtenir d'excellents résultats, meilleurs peut-être que par les autres méthodes.

« *Tiré du medical and surgical Reporter.*
Philadelphie, 25 février 1882. »

Dr POMBOURCQ.

II

JOURNAUX ALLEMANDS

La *Deutsche Médicinale Zeitung*, donne à sa première page, et sous forme de nouvelle à sensation, l'article suivant : Le docteur Koch, Conseiller d'État, a, le 24 mars, devant la *Société de physiologie de Berlin*, démontré dans un long rapport, avec expériences à l'appui, que, la tuberculose (tuberculose miliaire, pneumonie caséuse) est une maladie à bactéries caractérisée par uu vibrion baguette (vibrio Bacillus) analogue à celui de la lèpre.

I° Il a pu, au moyen d'une coloration particulière des préparations (par le violet méthylique et la vésuvine), constater un bâtonnet caractéristique et sans mouvements, surtout aux endroits où le processus était nouveau et rare, ou bien dans les plus grandes cellules où il était fort ancien.

2° M. Koch, réussit à cultiver ce vibrion en dehors de l'organisme et sans aucun mélange de liquides animaux, au moyen d'une préparation particuliere de sérum sanguin et de gélatine. Il croît très lentement sous une température de 30 à 42 degrés et est facile à distinguer de ses congénères pathologiques.

3° Avec ces vibrions, conservés hors de l'organisme pendant deux cents jours, on a pu donner la tuberculose par vaccination d'une façon constante et incontestable dans une nombreuse série d'expériences. Des inoculations à diverses places, et des injections directes dans le réseau circulatoire, produisirent la tuberculose miliaire aiguë et plus tard du processus caséeux. Avec ce procédé, l'auteur a rendu tuberculeux, en peu de temps, même des animaux généralement indemues, tels que des chiens et des rats.

Le journal Allemand se réserve de donner des détails ultérieurs en temps et lieux.

*
* *

Prof. Chvostek. De l'hépatite syphilitique, syphilis du foie. Les organes internes les plus fréquemment frappes par la syphilis sont d'abord le cerveau, ensuite le foie.

L'auteur en a observé quatre-vingt cas pour le premier

et dix-neuf pour le second. Le foie est atteint plus souvent dans les véroles héréditaires que dans les véroles acquises, et plus souvent comme accident tertiaire que pendant l'évolution des accidents secondaires. Les dix-neuf sujets observés étaient âgés de 21 à 70 ans. La syphilis dans le foie se montre à l'état de dégénérescence amyloïde, de perihépatite ou d'hépatite syphilitique. Cette dernière est diffuse ou circonscrite. (Gomme, syphilomes); la forme diffuse se rencontre le plus souvent chez les enfants infectés par hérédité, morts-nés, ou n'ayant vécu que fort peu de temps; elle est rare chez les adultes et finit par une induration uniforme accompagnée d'une légère granulation superficielle, ou bien par une induration analogue à celle de la cirrhose ordinaire. La forme circonscrite se signale par des nodosités de la dimension d'un grain de mil ou d'une noix de galle, ordinairement en nombre restreint, rarement abondantes, disséminées dans un foie normal ou frappé de dégénérescence amyloïde ou graisseuse; ces néoplasmes sont surtout abondants à la superficie et autour des lobes jusque dans le ligament suspenseur. Les syphilomes récents paraissent à la coupe, gris-rouge, gris ou blancs; ils ressemblent à de la moelle, et ont une texture assez résistante. Ils émergent fréquemment de la surface du foie et leur enveloppe péritonéale est enflammée. Plus vieux, on trouve leur centre entouré d'une masse celluleuse, jaune, gris-blanc, visqueuse ou sèche, ronde ou irrégulièrement limitée. Dans certains cas, on observe des transformations calcaires, et des ramollissements complets. Souvent, à côté de gommes plus ou moins en période de régression, on voit des étranglements cicatriciels profonds avec induration des enveloppes du foie; cet organe paraît alors être en lambeaux et avoir perdu quelques-unes de ses parties; et dans cet état, il peut n'être pas plus gros que le poing. Rarement on constate de l'atrophie jaune aiguë et partielle. Chez les nouveaux-nés, le néoplasme syphilitique à l'état miliaire coïncide avec une inflammation récente de l'enveloppe péritonéale; dans la syphilis congénitale, les syphilomes partent du tissu cellulaire qui entoure la veine porte et les troncs qui en dérivent. Il peut donc en résulter une compression de ce vaisseau et des conduits biliaires.

Généralement on ne découvre la syphilis du foie qu'à l'autopsie: car, pendant la vie, elle n'occassionne que des symptômes négatifs ou absolument vagues. Le foie est hypertrophié, dur et paraît lisse au toucher dans la forme congénitale; souvent aussi hypertrophié dans la forme acquise, sa surface est alors bosselée et ses bords semés de nodosités. Même quand l'organe est atrophié, on sent au-dessous des côtes qu'il est morcelé et rempli de tumeurs. Cet état occasionne des douleurs quelquefois sourdes, d'autres fois très intenses, localisées ou s'étendant au foie tout entier, mais ne s'irradiant pas vers l'épaule ou vers d'autres parties. La périhépatite produit les plus vives douleurs. La compression de la veine porte et de ses branches amène de l'ascite, du gonflement de la rate et des hémorrhagies stomacales ou intestinales, ayant l'apparence d'hémorrhagies collatérales. Dans sept cas sur les dix-neufs, l'ascite manquait absolument, dans deux, elle était indépendante de la maladie en question (maladie du Bright, stase du sang dans la veine-cave); dans trois cas, elle fût amenée en partie par la compression des branches de la veine-porte et s'ajouta aux phénomènes d'une hydropisie généralisée (maladie de Bright et hydrémie): dans quatre cas, la compression des branches de la veine-porte, et dans trois autres, la compression de ce vaisseau lui-même dans l'intérieur du foie, fut l'origine de l'ascite. Cinq fois il fallut recourir une ou plusieurs fois à la paracentèse.

La rate était normale chez cinq malades, et chez cinq autres elle se trouva de même frappée de syphilis. Son volume était augmenté dans cinq cas à la suite de syphilis splénique et d'arrêt du saug de la veine porte, dans trois, par cette dernière cause seule, et une fois après une pneumonie et une péricardite ayant occasionné a stase sanguine. La rate se trouva une fois farcie de syphilomes. La circulation collatérale ne se trouva qu'une seule fois sur dix-neuf bien établie, et un peu marquée dans trois cas seulement. L'ictère est très rare dans la syphilis hépatique, dix fois il manqua absolument, deux fois seulement il fut assez prononcé, dans les autres à peine appréciable. La plupart des malades ont un teint terreux : ou bien la face se couvre d'une couleur bronzée ou brun clair. On observe souvent des troubles gastriques et intestinaux, et une dégénerescence parenchymateuse ou amyloïde des reins. Cette affection est essentiellement chronique et dure souvent plusieurs années; elle n'est rapidement mortelle que dans la forme héridítaire. Neuf fois sur les dix-neuf, la durée de la maladie ne put être établie; dans les autres, elle variait de quatre à vingt mois. Il y eût deux guérisons, une amélioration, seize morts.

La thérapeutique se compose comme dans la syphilis tertiaire, d'abord des préparations iodées, plus tard du mercure, en général du traitement des symptômes. Cette méthode amena la guérison une fois aprés onze ponctions abdominales peu éloignées l'une de l'autre, une autre fois, après deux ponctions faites à seize jours de distance. (*Extrait de l'Allgemeine Medicinische central Zeitung.*)

Dr Fischer.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la solution d'iodoforme dans l'éther sous forme de pulvérisation.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait la communication suivante à la *Société de Thérapeutique.*

L'iodoforme nous rend chaque jour d'immenses services dans les cas d'affections vulgo-vaginales; je ne connais pas de modificateur plus puissant contre les ulcérations de la vulve; il agit aussi très efficacement dans le vaginisme, ou du moins dans une variété de vaginisme, celui qui résulte d'un spasme déterminé par la présence d'érosions de l'orifice vulvaire, qu'il ne faut pas confondre avec le vaginisme essentiel, véritable névrose.

Le vaginisme par érosion, très analogue comme symptomatologie à la fissure anale, guérit très bien par la dilatation. Il peut guérir aussi par l'emploi des modificateurs locaux et, à leur tête, je place l'iodoforme.

Mais l'iodoforme est d'une application difficile; je crois que le moyen que propose éloigne cette difficulté.

Il consiste à dissoudre l'iodoforme dans l'éther, puis à le placer dans un pulvérisateur, et faire avec ce mélange des pulvérisations d'iodoforme à

l'orifice du vagin : en quelques secondes l'éther s'évapore, laissant à sa place une couche bien égale d'iodoforme, adhérente aux parois sous-jacentes.

Les solutions dont je fais usage varient de 1 à 5 pour 100, selon l'effet que je veux obtenir ; à 1 pour 100, elles sont bien supportées ; à 5 pour 100, elles deviennent caustiques et fort irritantes.

Ces mêmes pulvérisations rendent de grands services dans la cure des ulcérations syphilitiques, et permettent d'obtenir à leur surface une couche égale et régulière.

M. *Féréol* attribue à M. Lailler les premiers essais de ces pulvérisations. C'était dans le cas de lésions tuberculeuses ulcératives de la langue.

M. *Catillon* croit qu'on pourrait obtenir des solutions d'iodoforme dans le collodion qui seraient d'un emploi commode.

M. *C. Paul* reconnaît dans l'iodoforme un médicament de premier ordre. Malheureusement, il a contre lui son abominable odeur, et de plus son emploi trop spécial dans les maladies vénériennes. Le malade est trahie nécessairement par l'odeur du médicament qui révèle à tous son triste sort.

M. *Tanret* suggère à M. Beaumetz l'idée d'ajouter un peu d'huile à sa solution éthérée pour rendre plus adhérente la poudre d'iodoforme. Un pareil mélange serait encore parfaitement pulvérisable.

VARIÉTÉS

COMMENT ON PAIE. (*Fin*).

Nous avons encore les consultations gratuites, les bureaux de bienfaisance, la vaccination, etc. Pour tout ceci l'on vous donnera... rien, ou à peu près (méthode facile d'être généreux aux dépens du médecin).

Vous êtes un futur prince de la science. L'agrégation vous ouvre ses portes toutes grandes. A votre travail il faut une récompense : 100 fr. par mois (le traitement d'un facteur de deuxième classe) !

Vos travaux sont connus du monde entier ; vous avez prodigué votre temps, votre argent, vos veilles à l'étude ; soyez sans inquiétude sur l'avenir ; la couronne de la victoire vous est réservée sous forme de palmes académiques et 500 fr. d'appointements, (ce que gagne un marmiton de troisième classe) !

— *Accende supérius* ! L'institut nous tend les bras ; 1500 fr. (la paye d'un bon maçon).

Fouquier, médecin du sénat, était paye 1500 fr. Il mourut dans la misère. Le concierge de ce même sénat touchait 2500 fr. ! !

Un homme meurt. C'est un crime, dit l'opinion publique. Pour l'accusé, c'est bien facile ; on l'empoigne, le voilà sous clefs. Le meurtre, c'est plus difficile. Il faut un homme spécial, un médecin.

— Ce cadavre, lui dit la justice, vous allez l'examiner, l'interroger, le fouiller en tous sens, dans ses replis les plus cachés. Vous tenez entre vos mains la vie d'un homme, l'honneur d'une famille. Un mot de vous, cette tête roulera sur l'échafaud. Voyez votre responsabilité ! la plus grande, la plus lourde, la plus imme jamais pesé sur être humain ! Si la justice frappe c'est vous, vous, qui êtes cause du sang répandu. Et pour cette œuvre capitale on va vous donner..... cent sous ! ! ! cent sous ! Ce qu'on donne à un cocher de fiacre pour une course de deux heures. Cent sous ! Avec cent sous, vous pouvez faire guillotiner votre semblable ! c'es pour rien. Mieux que cela ! je rappelle un noyé à la vie, c'est quarante sous pour ma visite... Après çà, une diva t quelconque gagne de trois à quatre mille francs par soirée pour roucouler deux ou trois romances. Quatre mille francs une ariette, quarante sous la tête d'un homme ! Et... et voilà comment on paie !

Dr A. Barry.
(Médecin consultant à Royat).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Les syndicats et l'Association générale.

Monsieur *Martineau* médecin de l'hopital de Lourcine, vice-secrétaire de l'Association, veut bien prendre la peine de nous faire observer qu'il a depuis plus d'un an, manifesté sa résolution de ne pas accepter l'importante fonction de *Secrétaire général.*

L'opinion qu'il a exprimé sur les syndicats, dans son dernier compte-rendu, n'a donc pu influer sur le vote de l'assemblée puisque sa candidature n'était pas en question.

Mais M. Martineau occupe une situation trop considérable dans les conseils de l'*Association*, pour que nous ne persistions pas à réclamer de lui un examen plus approfondi de la question des syndicats, introduite par le *Concours médical.*

Nous nous permettrons de lui signaler, en particulier, la remarquable discussion du *Syndicat ouvert ou fermé* publiée récemment dans le *Lyon-médical*, par M. le professeur *Diday*, l'un des plus ardents promoteurs de l'Association générale depuis son origine.

II

Syndicat de la Charente.

Mon cher confrère

Notre *Syndicat* est constitué depuis hier.

Nous ne sommes encore qu'une trentaine environ ; mais nous espérons voir se joindre à nous un grand nombre de nos confrères.

Le syndicat comprend tout le département, mais au point de vue des *besoins locaux*, chaque arrondissement ou chaque canton peut faire des réunions particulières, sous la présidence du syndic de cette circonscription.

Il y a *une seule assemblée générale* obligatoire, pour les questions générales intéressant tout le département.

Composition du Bureau :

Arr. d'Angoulême — M. Desallées de la Rochefoucauld, Président.
— Maintenon, d'Angoulême, Secrétaire trésorier (12 rue du Petit St.-Cybard).
Arr. de Ruffec — Dr Pautier, à Aigre Vice-président.
Arr. de Confolens — Dr Blanchier, à Chasseneuil.
Arr. de Cognac — Dr Sallees à Segonzac.

Arr. de Barbezieux — Dr Monjou à Augeac Champagne.
Agréez... Dr Nadaud.

III

Syndicat de la Nièvre

Cher Directeur,

Voici l'état du *Syndicat médical* dans la *Nièvre*.

Deux groupes se sont constitués *Nevers* et *Cosne*.

Les deux autres circonscriptions *Clamecy* et *Chateau-Chinon* ne se sont pas encore réunies, mais nous allons les reunir pour l'Assemblée générale à Nevers au mois de juin, et nous sommes sûrs de l'adhésion du plus grand nombre.

A Nevers — Arrondissement
Nombre des médecins 36.
Membres du Syndicat 23.
Syndic, Robert St-Cyr père
Secrétaire, Jourdan du Mazeau
Trésorier, Robert St-Cyr Victor
Délégué : *Mignot*

Arrondissement de Cosne :
Nombre des médecins 24.
Membres du Syndicat 14.
Syndic, Blandin
Secrétaire, Moineau
Tresorier, Laurent
Délégué : *Perrier.*

Arrondissement de Clamecy :
Délégué : *Maringe*
Nombre de médecins 29
Adhérents présumés 15 à 20 ?

Arrondissement de Château-Chinon :
Délégué : *Jouannin*
Nombre de médecins 23
Adherents probables 14 à 15 ?

A Nevers et à Cosne, les statuts ont été discutés et adoptés. Un tarif d'honoraires a été établi. Mode de recouvrement. Envoi des notes, etc.

Nous comptons beaucoup sur la réunion génerale pour nous donner élan et vitalité.

Agréez, Dr Eug. Mionot.

NOUVELLES

Monsieur le Dr E. Ménière commencera son cours public d'Otologie le vendredi 12 mai, à midi, dans l'ampithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

NECROLOGIE.

Nous avons déjà fait part à nos lecteurs du décès de notre regretté confrère, M. le Dr *Dupont*, de Beaupreau, (Maine-et-Loire).

Nous nous faisons un devoir d'ajouter que M. Dupont se trouvait au nombre des médecins qui, grâce aux efforts du *Concours* ont fait acte de prévoyance.

Il avait contracté à la fin de 1880, une assurance pour laquelle il avait payé environ mille francs en deux primes. Sa famille a reçu, de la *Compagnie la New-Iork*, la somme de dix mille francs.

L'auteur de l'emploi des balsamiques contre la diphthérie : *Henri Trideau*, vient de mourir près de Laval. Aucun journal de médecine n'a annoncé, la mort de ce modeste savant.

Trideau a préconisé un traitement, (le moins mauvais propablement, jusqu'aujourd'hui), contre l'épouvantable diphthérie, « dont l'allure rapide s'est doublée, dit Ern. Besnier, et qui est au premier degré de l'échelle comparée des maladies régnantes. »

Tant de remèdes ont été proposés, jusqu'à la pepsine! Mais celui de Trideau a survécu ; je suis sûr que vous ne refuserez pas un souvenir à son auteur.

Veuillez agréer, etc... Dr E. Larue.

BIBLIOGRAPHIE

Répertoire des traitements nouveaux de M. le de Dr *Vindevogel,* prix 0,80 centimes, Avenue de Toison d'or 103, Bruxelles.

De la douleur et de son traitement par les eaux Lamalou l'Ancien par le docteur F. Cros, Cette-Eugène Boehm, éditeur, 12 quai de Bosc.

Du rhumatisme viscéral de et son traitement par les eaux de Lamalou l'Ancien, par le docteur F. Cros. Cette-Eugène Boehm, éditeur: 12 quai de Bosc.

De la lithotritie rapide par le docteur Reliquet, lauréat de l'institut, ancien interne des hôpitaux, etc., in-8, avec 28 figures intercalées dans le texte, 1 fr. 50. Paris, Adrien-Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur la pathogénie des ascites chyliformes par le docteur Veil, in-8, 2 fr. 50. Paris, Adrien-Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur les souffles, des rétrécissements et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire par G. Vimont docteur 1 vol in-8, 4 fr. Paris, Adrien-Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De l'emploi du phosphate de chaux en médecine et en chirurgie par le docteur Léonide Guichard. Paris, Henri Anière, éditeur.

Les Ferments digestifs, la préparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés par William Robert, M. D. E. R. C. P. E. R. S. Paris, Octave Doin, éditeur.

Le Furoncle de l'oreille et la Furonculose par le docteur Lœwemberg. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Du cancer de la Vessie par Ch. Féré, interne des hôpitaux, secrétaire de la société anatomique, etc, etc., travail couronné (prix Civiale, 1880). Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

27 Mai 1882 — 4me Année. — N° 21

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Guéniot* a communiqué à l'Académie une observation curieuse autant que rare d'auto-inoculation et de pullulation vaccinale généralisée, à propos de laquelle se pose la question suivante dont l'importance pratique n'échappera à personne : doit-on vacciner un enfant eczémateux, ou bien faut-il attendre, pour pratiquer la vaccination, la disparition de l'eczéma ?

Une petite fille, âgée de cinq mois, et atteinte, à la face et aux parties supérieures du tronc, d'un eczéma en voie de guérison, avait été amenée à M. Guéniot, pour être vaccinée ; trois inoculations furent pratiquées sur le bras droit et quatre sur l'autre. Tout alla bien d'abord et, le troisième jour, apparurent les petites papules normales ; mais, le quatrième jour, se développèrent de larges vésicules, contenant une grande quantité de liquide, comme il est habituel de les voir au sixième jour. Le septième jour, on eonstata, sur les épaules et sur les bras, une multitude de papules, semblables aux premières et qui se développèrent avec la même rapidité. Le neuvième jour, M. Guéniot, appelé de nouveau, fut stupéfait de voir cette éruption vaccinale confluente qu'il évalue à un total de 260 à 280 boutons, siégeant sur le tiers supérieur des membres thoraciques et la face antérieure de la poitrine. L'état général de la petite malade paraissait assez grave (fièvre, agitation, insomnie), elle refusait le sein, était en proie à des démangeaisons continuelles et présentait une dépression des forces qui était de nature à inspirer de sérieuses inquiétudes. Le traitement consista à faire prendre deux ou trois grammes de sirop de codéine, mélangé à une grande proportion de sirop de gomme ; en même temps, pour relever les forces, on administrait quelques gouttes d'eau-de-vie et un peu de sirop d'éther largement additionné d'eau ; des cataplasmes et la poudre d'amidon, avaient été recommandés comme topiques.

Le onzième jour, il y eut une légère amélioration qui coïncida avec la période de dessiccation, et, dès le dix-septième, l'enfant entrait en convalescence.

Ce qui caractérise cette observation, c'est : 1° le développement extrêmement rapide des boutons ; 2° l'abondance insolite du liquide vaccinal ; 3° l'auto-inoculation qui fit pulluler l'éruption primitive et engendra, de la sorte, deux nouvelles séries très nombreuses de boutons confluents.

M. Guéniot se demande si, dans un cas semblable, chez un enfant atteint d'eczéma, il ne serait pas plus convenable de différer la vaccination, dans la crainte de provoquer une pareille pullulation. Il répond négativement, estimant qu'il est préférable d'exposer un enfant à ces accidents, qui, en somme, ne sont pas mortels, que de l'exposer au danger bien autrement grave de contracter la variole. Toutefois, il y aurait, en pareil cas, quelques précautions à prendre, par

exemple, de se borner à deux piqûres vaccinales au lieu de six, d'éloigner le siège des piqûres des parties affectées d'eczéma, de les faire de préférence aux jambes, et non aux bras; une seule piqûre à la partie externe de chaque jambe lui paraîtrait suffisante.

M. *Blot* pense qu'il est indiqué de s'abstenir de pratiquer la vaccination chez les individus en puissance d'eczéma et d'impétigo, à moins que ces individus ne se trouvent dans un endroit où règne une épidémie de variole.

M. *Hervieux* signale plusieurs faits analogues à celui que vient de communiquer M Guéniot; or, il semble résulter de tous ces faits, que l'eczéma prédispose aux éruptions vaccinales généralisées. Toutefois, sur plus de quinze mille vaccinations qu'il a pratiquées à l'Académie, M. Hervieux n'en a jamais constaté de semblables, bien qu'il ait vacciné un grand nombre d'enfants atteints d'eczéma impétigineux. Une seule fois, il a vu, chez un enfant, placé dans des conditions hygiéniques déplorables, se développer des pustules vaccinales ulcérées impétigineuses. Malgré ces faits, M. Hervieux, d'accord avec M. Guéniot, et contrairement à M. Blot, est d'avis qu'il ne faut pas s'abstenir de pratiquer la vaccination chez ces enfants, les éruptions vaccinales étant très rares et n'étant jamais mortelles, tandis que la variole peut l'être; entre deux maux, il faut savoir choisir le moindre.

M. *Marrotte* pense, comme M. Blot, qu'il vaut mieux s'abstenir, surtout chez les petites filles, sur la face desquelles ces éruptions vaccinales généralisées peuvent laisser des traces.

M. *Colin* a vacciné à l'école d'Alfort quatre taureaux; avec ce vaccin, on a vacciné tous les élèves de l'écoles, plusieurs pensionnats et toute la garnison. Ces vaccinations ont été pratiquées par M. le docteur Marchant et M. Colin. Chez un élève, âgé de vingt ans, s'est produite une éruption vaccinale généralisée qui a inspiré de sérieuses inquiétudes. D[r] J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur la Syncope

par le docteur H. ARNAUD (de St-Gilles du Gard), présentée à l'Académiede médecine, par M. le prof. Vulpian. (Séance du 9 mai 1882).

Il existe encore en médecine un certain nombre d'expressions anciennes particulièrement embarrassantes à notre époque de science rigoureuse et positive. Employées à désigner plusieurs états anormaux de l'organisme essentiellement différents, ces expressions désignent mal chacun de ces états en particulier, et il en résulte de la confusion dans le langage et par suite dans les idées.

Il me semble qu'un des premiers devoirs qui s'imposent, c'est de mettre ces mots obscurs en harmonie avec l'état actuel de la science, et d'en donner une définition claire et précise.

C'est ainsi que l'on a dans ces derniers temps attribué au mot vague et ambigu d'*asphyxie* une signification unique et bien déterminée.

Pourquoi n'agirait-on pas de même à l'égard du mot *syncope*?

Il me sera facile de démontrer, en effet, que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de syncope plusieurs états anormaux de l'organisme essentiellement distincts.

Quand un individu succombe à la suite d'un arrêt brusque, imprévu du cœur, on s'acccorde à dire qu'il y a mort par *syncope*. Pourtant, dans tous les cas de ce genre, la mort ne reconnaît pas le même mécanisme. Il y a des cas où la mort est subite et immédiate : le système ganglionnaire du cœur atteint brusquement par une cause délétère trop violente ne résiste pas et reste comme foudroyé; il perd tout-à-coup, et sans retour possible, la faculté de vivre en même temps que la faculté d'agir. D'autres fois, au contraire, le cœur, moins radicalement atteint, perd tout-à-coup la faculté d'agir sans perdre en même temps sa vitalité propre; sa vie n'est pas anéantie; elle est seulement latente; il est possible encore de rappeler l'activité cardiaque. Mais si la suspension de l'acte cardiaque se prolonge, la circulation cesse, les tissus soumis à un ensemble de conditions défectueuses résultant de l'arrêt de la circulation, et en particulier à la privation complète d'oxygène, meurent tour à tour; le cœur n'est pas plus épargné que les autres organes, et c'est ainsi que la mort succède très vite à l'arrêt de son fonctionnement.

Voilà donc deux genres de mort par le cœur bien différentes et dont les mécanismes ne sauraient être confondus. Pourtant, le langage scientifique ne tient pas compte de cette distinction, et tous ces faits sont compris sous la même désignation de mort par *syncope*.

On dit encore qu'il y a mort par *syncope*, quand le cœur cesse d'agir et de vivre consécutivement à l'altération profonde et irrémédiable de ses fibres musculaires.

Enfin, les physiologistes se servent du mot de *syncope* pour désigner l'arrêt primitif et isolé du cœur qu'ils observent dans leurs expériences.

En résumé dans tous les exmples précédents, le mot *syncope* s'applique à tout arrêt du cœur, transitoire ou définitif, quels qu'en soient le mécanisme, les causes et les conséquences, pourvu que l'arrêt du cœur soit primitif par rapport à l'arrêt de la respiration.

Je n'hésiterais pas à accepter pour tous ces arrêts du cœur, quelque dissemblables qu'ils paraissent, la dénomination commune de *syncope*, si cette même dénomination n'était pas affectée en

même temps à un autre état spécial de l'organisme, de nature toute différente.

Il arrive souvent, à l'occasion des opérations chirurgicales les plus légères, que le patient est pris tout à coup d'une sorte de diminution, pouvant aller jusqu'à la cessation complète, du fonctionnement des centres nerveux. On observe alors un groupe de symptômes bien connu, auquel on me permettra de donner le nom de *syndrome syncopal* qui manifeste directement l'atteinte, la dépression plus ou moins profonde et générale des centres nerveux, du cerveau, de la moelle, du bulbe, et même des ganglions du cœur. C'est cet état de dépression, d'arrêt momentané des centres nerveux, qui frappe sutout le clinicien et qui constitue pour lui la syncope : la constatation de cette atteinte nerveuse spéciale lui suffit, en effet. pour affirmer l'existence de la syncope, et, en dehors de cette atteinte, la syncope n'existe pas pour lui. Ainsi considérée, la syncope n'est pas autre chose qu'un arrêt subit des principaux centres nerveux ; plus ou moins complet et généralisé, consécutif à une impression, physique ou morale, anormale par son intensité ou par sa durée.

Il y a donc, dans la science, deux acceptions généralement admises du mot syncope : ce terme signifie tantôt arrêt primitif du cœur, tantôt dépression brusque de l'activité des centres nerveux.

On a essayé, il est vrai, de voir dans le syndrome syncopal la conséquence constante et la manifestation de l'arrêt du cœur. Dans cette hypothèse, à la suite de l'impression extérieure, il y aurait action reflexe aboutissant au cœur : d'où arrêt de cet organe, cessation de la circulation, enfin atteinte consécutive des centres nerveux et production du syndrome syncopal.

S'il en était réellement et constamment ainsi, il n'y aurait pas, je l'avoue, un très grand inconvénient à désigner par le même mot la cause et sa conséquence nécessaire, l'arrêt du cœur et l'atteinte nerveuse qui tient le syndrome syncopal sous sa dépendance directe.

Mais, cette attribution hypothétique du syndrome syncopal à l'arrêt du cœur n'est pas conforme à l'observation des phénomènes, car on peut constater le syndrome syncopal sans arrêt du cœur, et l'arrêt du cœur sans syndrome syncopal.

L'arrêt du cœur peut exister sans syndrome syncopal. En effet, si chez l'homme et les mammifères adultes, l'arrêt du cœur entraîne toujours très rapidement les signes manifestes de la dépression nerveuse centrale, il n'en est pas de même chez les animaux à sang froid et chez les mammifères nouveaux-nés ; dans ces divers cas, l'arrêt du cœur n'entraîne pas immédiatement et nécessairement le syndrome syncopal. J'ai vu chez des chiens de 3 ou 4 jours, après extirpation ou arrêt du cœur, les mouvements spontanés des membres continuer et la respiration persister pendant près d'une demi-heure.

On peut aussi constater le syndrome syncopal en l'absence d'arrêt du cœur. J'ai observé pour ma part, chez l'homme, une dizaine de fois au moins, le syndrome syncopal plus ou moins complet, et je puis affirmer que, dans ces quelques cas, il n'y a jamais eu d'arrêt appréciable du cœur. Deux fois j'ai vu se produire la suspension complète de l'acte respiratoire ; dans les autres cas, les mouvements rhythmiques du thorax étaient seulement ralentis et difficiles; ma main interrogeait le pouls, et celui-ci, quoique ralenti, était d'ordinaire régulier, résistant, et n'indiquait aucune diminution de la tension artérielle.

Il est donc évident que l'arrêt du cœur, et la dépression syncopale des centres nerveux sont deux choses distinctes, et ne doivent pas être désignés par un même mot.

Lorsque l'arrêt du cœur est observé à la suite d'une impression périphérique, rien ne prouve que cet arrêt cardiaque précède les autres manifestations de la dépression nerveuse, et doive être considéré comme la cause des autres symptômes observés. Tous ces symptômes, y compris l'arrêt du cœur, paraissent au contraire des conséquences communes et simultanées de l'atteinte des principaux centres nerveux par une même cause, qui est l'impression périphérique anormale.

Dès qu'elle est reçue par l'extrémité nervense sensible, l'impression périphérique anormale se répand, s'irradie dans tout le système il n'y a pas de raison pour qu'elle se dirige vers le cœur plutôt que vers le cerveau. Si elle agit inégalement sur les divers centres, c'est en raison de leur impressionnabilité plus ou moins grande. Si donc l'atteinte nerveuse primitive ne produisait que l'arrêt du cœur, il faudrait admettre que les ganglions du cœur les plus impressionnables des centres nerveux. Je ne nie pas absolument la possibilité du fait, dans ces cas exceptionnels ; mais, d'une manière générale, on doit considérer les ganglions intracardiaques comme les centres nervenx les moins impressionnables, comme ceux qui résistent le mieux aux influences délétères. Le cœur n'est-il pas *l'ultimum moriens* ; dans l'asphyxie, dans les empoisonnements divers et en particulier dans l'anesthésie, n'est-ce pas le cœur qui, le plus souvent, est le dernier organe atteint, et dans les maladies à leur dernière période, le cœur ne donne-t-il pas encore signe de vie, alors que le cervean a cessé d'agir, que la moëlle est incapable de fonctionner et que le bulbe lui-même est réduit à l'impuissance ?..

Il n'est donc pas probable *a priori* que le cœur soit le premier, le seul organe atteint par l'impression anormale qui produit la syncope.

Mais la preuve certaine, incontestable, que l'excitation périphérique peut produire la suspension directe du fonctionnement des centres nerveux cérébro-spinaux, et en particulier du centre respiratoire, sans influence préalable exercée sur le cœur, sans arrêt cardiaque, cette preuve nous est fournie par les expériences que M. Vulpian a communiquées à l'Académie de Médecine, dans une de ses dernières séances. L'éminent physiologiste a déclaré en effet que, par la faradisation du nerf sciatique d'un chien chloralisé. on peut obtenir l'arrêt de la respiration, *la syncope respiratoire*,

tandis que le cœur continue à battre énergiquement. J'ajouterai qu'on peut même obtenir expérimentalement la mort brusque et instantanée du bulbe sans arrêt du cœur. Pour le prouver je prends un lapin, et je plonge ses membres postérieurs dans un bain d'eau bouillante : cris et mouvements convulsifs, suivis bientôt de contraction suprême et de mort. J'ouvre alors le thorax de l'animal, et je constate que le cœur se contracte encore pendant plus d'une minute, avec une extrême rapidité.

Devant ce témoignage de l'expérience, il me paraît bien difficile de soutenir que le cœur est toujours primitivement atteint à la suite de l'impression extérieure que produit la syncope, et que la dépression nerveuse observée dans ce cas est toujours la conséquence de l'arrêt du cœur.

Il me semble au contraire que lorsqu'il y a syncope à l'occasion d'une opération chirurgicale on est autorisé à expliquer les phénomènes observés habituellement de la manière suivante :

L'ébranlement du nerf centripète primitivement atteint se répercute sur les diverses parties du système nerveux : les centres nerveux subitement impressionnés subissent une sorte de paralysie temporaire. Toutes les parties nerveuses centrales ne sont pas nécessairement impressionnées de la même manière. Quand la dépression porte sur un seul département nerveux, il est impossible que les ganglions intracardiaques soient seuls atteints; mais c'est là un fait exceptionnel qui ne peut s'expliquer que par une impressionnabilité spéciale, individuelle de ces ganglions. Le plus ordinairement, l'organe qui est le premier atteint, alors que les autres sont relativement respectés, c'est le cerveau ; à un degré plus avancé de la syncope correspond l'atteinte du cerveau et de la moelle épinière ; à un troisième degré l'atteinte du bulbe vient s'ajouter à celle des organes précédents : il y a alors suspension de la respiration active, syncope respiratoire, suivant l'heureuse expression de M. Vulpian. Enfin la dépression des ganglions du cœur, la syncope cardiaque, doit être considérée comme le dernier degré de la syncope.

Je n'insiste pas, car mon intention n'est pas d'édifier ici une théorie de la syncope. En ce moment mon but est plus modeste.

Je désire seulement établir que le mot syncope s'applique à deux états anormaux de l'organisme, parfaitement distincts et indépendants l'un de l'autre ; 1° l'arrêt du cœur, passager ou définitif, qui précède l'arrêt de la respiration ; 2° la dépression brusque, primitive et plus ou moins profonde et généralisée des principaux centres nerveux de l'organisme.

C'est sur ce point spécial que je désire attirer l'attention de l'Académie, et je pense qu'après les développements qui précèdent, il ne saurait subsister aucun doute à cet égard.

« Ce n'est pas sans un certain regret, disait M. Maurice Perrin, dans une des dernières séances de l'Académie, ce n'est pas sans un certain regret, au point de vue de la clarté du langage, que je trouve désignés indistinctement, sous le nom de syncope, la syncope telle que nous la connaissons tous, et l'arrêt du cœur provoqué par les physiologistes. »

Ce regret, croyons-nous, doit être partagé par tous ceux qui s'intéressent au progrès des sciences médicales. C'est pourquoi il importe de faire un choix et de donner au mot *syncope* un sens unique, précis et définitif.

Si j'avais à manifester mon opinion personnelle, je dirais que l'acception *clinique* du mot syncope me paraît de tout point préférable à l'acception que j'appellerai si l'on veut *physiologique*, bien que l'un des physiologistes les plus autorisés de notre époque lui ait porté les premiers coups en créant l'expression de *syncope respiratoire*, qui me paraît digne de rester dans la science.

Mais je m'abstiendrai de décider sur un sujet aussi délicat. Il me paraît plus sûr, plus convenable d'en appeler aux lumières de l'Académie, cette assemblée constituée par toutes nos illustrations médicales et chirurgicales, afin qu'elle établisse, avec le poids de son autorité, quelle est la signification que doit avoir à l'avenir dans le langage scientifique l'expression de *syncope*.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic du diabète.

I

Le diabète est une affection dont l'étude est tout à fait propre à démontrer combien il faut, dans la pratique, se défier des tableaux schématiques dont s'énorgueillissent la plupart de nos manuels de pathologie.

Assurément rien n'est plus explicable que la tendance des auteurs à simplifier les exposés symptomatiques, et même, le but immédiat qu'ils visent est, à vrai dire, excellent. Que veulent-ils en effet ? Préparer de jeunes gens à des examens fort compliqués, et, pour ne pas encombrer leur mémoire d'une multitude de faits particuliers sans lien apparent, bien mettre en lumière les relations générales qui unissent ces faits, dégager l'unité symptomatique, créer des types morbides, en un mot faire des schémas. D'ailleurs, non-seulement les auteurs de manuels agissent ainsi, mais, la plupart de nos maîtres en usent de même dans leurs cours, simplifiant, simplifiant toujours et schématisant à outrance.

Sans doute, cette méthode a ses bons côtés ; l'étudiant qui se trouve en présence de ses juges à l'examen de pathologie, se sent rassuré par le souvenir très présent qu'il a du schéma tant de fois repassé, et, lorsque l'examinateur lui dit : « Monsieur, veuillez m'énumérer les symptômes du diabète, » le candidat, tout fier de sa bonne mémoire, énumère triomphalement, avec une volubilité plus ou moins remarquable, suivant qu'il a vu le jour sur les rives de la Gironde ou sur celles de la Seine : « Glycosurie, polyurie, poly-

dipsie, polyphagie autophagie ! » — Si le professeur est, comme on dit, *bon enfant,* il sourit avec indulgence, se souvient qu'il eut peut-être répondu de même vingt ans auparavant et marque un *satisfait* quelconque, en ajoutant entre ses dents : « Les choses sont dans la réalité moins simples que vous avez l'air de le croire, mon jeune ami. Mais cela est dans vos livres; soit ! » — Si l'examinateur est au contraire, comme on dit encore, *grincheux*, il tempête, peste après les manuels qui faussent les idées médicales des débutants, et gratifie d'un *passable* indigné le candidat éperdu.

Nos lecteurs voudont bien nous excuser de leur avoir tracé ce petit tableau scolaire un peu hors de saison peut-être, mais j'espère qu'ils en reconnaitront l'exactitude, s'ils veulent bien se reporter à leur temps d'examens. La contre-partie de cette scène serait la peinture de l'étudiant devenu praticien et passant à côté de quelques diabétiques dans sa clientèle, sans les reconnaitre, parce qu'il ne trouve pas chez eux le fameux syndrôme qui fit son succès au doctorat.

Les auditeurs habituels de la clinique de M. le professeur Lasègue connaissent de bien curieuses histoires de diabète méconnu, sans compter celles de diabète à tort incriminé. En effet, comme le disait tout dernièrement ce maitre éminent, « si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences, n'y entrent pas du tout. » Moralité de ce préambule : sans vouloir faire un procès de tendance à nos maitres, en les accusant de nous donner un enseignement quelquefois trop schématique, perdons, quand nous sommes au lit du malade, perdons la confiance que nous inspiraient les tableaux synoptiques de nos livres, alors que nous étions assis devant la table verte de la salle d'examens.

Sans nous contenter de demander au malade s'il épr ouve tel ou tel symptôme classique, poussons plus loin l'interrogatoire et recherchons toute la série des manifestations symptomatiques, que les manuels rangent dans le chapitre complications ou anomalies, et qui, bien souvent, dans la réalité, sont les premiers et les seuls indices de la maladie encore latente. Grâce à cette recherche scrupuleuse, il arrivera rarement que nous méconnaissions le diabète, et, s'il se présente à nous insidieusement voilé par une symptomalogie inusitée, nous ne serons pas dupes de ces allures sournoises, et nous lui arracherons son masque, pour le plus grand bien du malade.

Il faut le dire nettement : c'est véritablement une exception de rencontrer en clinique le fameux syndrôme classique du diabète : polyurie, polydipsie, polythagie ; les seuls signes capitaux doivent être tirés de l'examen chimique des urines. glycosurie et azoturie. Assurément si l'on faisait, au double point de vue de la recherche du sucre et du dosage de l'urée, l'analyse de l'urine de tout malade, on ne méconnaîtrait pas de diabète. Mais on ne peut pourtant pas, comme le disait spirituellement M. Lasègue, demander à tout venant, en lui serrant la main un petit tube de son urine. Il faut donc savoir soupçonner le diabète au seul énoncé que votre client vous fait de tel ou tel trouble de sa santé, pouvant être rattaché à cette maladie.

Nous allons passer en revue, après avoir retracé les symptômes classiques, les complications multiples dont chacune peut, ainsi que le démontrent l'expérience journalière et le dépouillement assidu, de la littérature médicale périodique, être l'unique indice du diabète latent.

II

Troubles urinaires, — Tous nos lecteurs connaissent les procédés qui permettent de déceler la présence du sucre dans l'urine et d'en doser la quantité de manière à tenir en main pour ainsi dire le corps du délit. Nous ne saurions donc insister sur cette recherche de la glycosurie et nous prierons qu'on veuille bien se reporter, en cas de doute, au tableau d'analyse des urines, inséré, s'il nous en souvient bien, l'an dernier, dans le *Concours médical*. Nous nous contenterons de rappeler avec M. Lasègue, qu'il ne faut pas croire à l'existence du sucre parce qu'on a obtenu par la réaction cupro-potassique de Fehling une coloration jaune verdâtre ou même jaune rougeâtre surmontée d'une couche de liquide vert ; le *précipité* légitime d'oxydule de cuivre *caractéristique de la glycosurie*, est un sédiment composé de molécules d'un *rouge* plus ou moins *brique* .

On n'a qu'à lire, pour s'édifier sur les inconvénients d'une pareille confusion, l'histoire suivante d'un confrère de province, relatée récemment par la *Gazette des Hôpitaux* (1) :

« Tourmenté d'une soif vive, mangeant beaucoup sans engraisser et se trouvant plus frigide qu'autrefois, il fait analyser son urine par son voisin le pharmacien, qui le déclare diabétique, soit qu'il ait employé un mauvais réactif, soit qu'il n'ait pas su expérimenter. Notre confrère aussitôt d'entreprendre le traitement farouche du diabète, et de s'imposer le martyre le plus complet pendant dix-huit mois, au point de n'avoir plus que la peau et les os, jusqu'au moment où il lui fut démontré par M. Lasègue qu'il n'existait pas le moindre atôme de sucre dans ses urines.» *Et nunc erudimini.*

L'examen des urines, outre la recherche du sucre, comprend encore, pour être complet, celle de plusieurs autres altérations physiques et chimiques, les unes facilement constatables pour le praticien, d'autres qui demande l'intervention d'un chimiste plus exercé que ne le sont d'ordinaire la plupart d'entre nous; mais ces dernières étant, il faut bien le dire, d'un intérêt plutôt scientifique que pratique et devant par conséquent

(1) 23 mars 1882.

nous occuper beaucoup moins.

L'urine d'un diabétique est d'ordinaire *peu colorée*, surtout dans le jour et quelques heures après les repas, et se distingue des autres urines décolorées, par exemple celles de certains anémiques, par une tendance à devenir rapidement *opalescente*. Lorsqu'elle contient une quantité assez considérable de sucre, elle le laisserait facilement déposer, et telle serait l'explication de ces taches blanchâtres que laissent sur le pantalon les gouttes d'urine qui y tombent et qui s'évaporent, premier signe remarqué par certains malades et révélé par eux au médecin (Lécorché).

L'*odeur*, doucereuse chez quelques-uns, peut être celle du bouillon frais ou n'avoir rien de particulier. — La *saveur* n'est nettement sucrée que si l'urine contient 30 ou 40 gr. de sucre par litre; elle n'existe d'abord que dans l'urine du jour et n'apparaît dans celle de la nuit qu'à une période avancée de la maladie.

La *pesanteur spécifique* n'a pas une grande valeur diagnostique; peut-être, le diagnostic fait, pourra-t-elle être utilisée pour juger rapidement les modifications en mieux ou en pis : car elle est d'autant plus élevée en général que le diabète est plus grave, et va en diminuant au fur et à mesure que baisse la quantité de sucre contenue dans l'urine.

L'urine diabétique est, au moment de l'émission, d'une *acidité* des plus prononcées, et, bien que l'acidité se rencontre dans bon nombre d'autres états morbides, ce n'est pas un signe à dédaigner, puisque M. Lécorché, (1), si compétent en cette matière, déclare la considérer, lorsqu'elle coïncide avec des urines pâles et abondantes, comme un des symptômes importants du diabète; elle pourrait dans certains cas mettre sur la voie du diagnostic, et par ses oscillations, servir à indiquer que la maladie s'améliore ou s'aggrave. C'est à l'acidité peut-être autant qu'à la constitution même de l'urine que paraissent dues certaines complications survenant du côté des organes génito-urinaires (néphrite, pyélite, cystite, phymosis).

La *Glycosurie*, dont la constatation est capitale pour l'établissement du diagnostic, mais qui ne saurait évidemment constituer à elle seule le diabète, puisque la présence du sucre dans les urines est un symptôme commun à plusieurs maladies (nous reviendrons plus tard sur ce point), la glycosurie propre au diabète, disons-nous, est caractéristique par son excès même. Toutes les fois qu'un malade rendra dans les vingt-quatre heures une quantité de sucre égale ou supérieure à celle que forme journellement le foie à l'état normal, soit 200 grammes approximativement d'après les recherches les plus récentes, on pourra affirmer que ce malade est atteint de diabète vrai et non de glycosurie. Or dans, le diabète, l'élimination quotidienne peut aller de 300 à 500 et même 1000 grammes par 24 heures (Vogel). Cette élimination du sucre n'est pas également répartie aux différentes heures, et elle est surtout considérable pendant la période digestive, 2 heures après le repas. Ceci est vrai du moins au début de l'affection; car à une période avancée, la glycosurie atteindrait son maximum le matin, ce qui s'explique par ce fait que la formation du sucre ne se fait plus alors seulement aux dépens des aliments féculents ou azotés, mais aux dépens des tissus du malade lui-même; or les combustions atteignent leur maximum pendant la nuit.

(1) Traité du diabète. 1877.

Bien que la glycosurie soit un signe pathognomonique du diabète, lorsqu'elle se présente dans les conditions mentionnées ci-dessus, il faut savoir que sa diminution ou sa disparition, même momentanée, peut se faire, mais d'une manière tout à fait passagère, sous l'influence d'un état morbide, intercurrent, d'un trouble des voies digestives ou même d'un purgatif (Schutzenberger); il n'en faut pas conclure à une erreur de diagnostic ou à la guérison.

L'azoturie, décelée par l'augmentation du chiffre de l'urée, est une des manifestations du diabète vrai; pouvant apparaître dès le début, acquérant tout son développement à la période d'état (40 à 100 grammes d'urée par jour), pour cesser d'une façon à peu près complète à la période de cachexie, elle constitue un signe important au point de vue du diagnostic, puisqu'elle indique à à peu près sûrement qu'on n'est pas en présence d'une glycosurie simple, et qu'elle caractérise même la période de la maladie.

Les autres modifications chimiques de l'urine sont d'un moindre intérêt: elles portent sur la proportion ou l'existence des acides urique, hippurique, de l'inosite, de l'acétone et des matières inorganiques. Pourtant nous signalerons les récentes recherches du Dr Coignard (1) relatives à la présence de l'*acide urique en excès* dans les urines comme signe précurseur, dans une certaine mesure, de la glycosurie et même du diabète; car, d'après M. Coignard, le diabète serait à la glycosurie comme la fièvre pernicieuse est à la fièvre intermittente simple. Or M. Coignard, a réuni de nombreuses observations de malades devenant glycosuriques, chez lesquels, pendant plusieurs années, à différentes reprises, l'analyse chimique avait démontré un excès d'acide urique sans autre anomalie. — Le même observateur croit aussi pouvoir admettre que les glycosuriques, chez lesquels la quantité d'urée excrétée est augmentée, alors que l'excrétion de l'acide urique est au-dessous de la moyenne, présentent un état d'un pronostic plus grave que ceux qui éliminent de l'acide urique en excès, l'urée restant normale.

La *polyurie* diabétique se signale souvent au début par de fréquentes mictions, d'ordinaire nocturnes. Au point de vue de la quantité d'urine émise, elle est assez variable ; la moyenne serait, dans la forme chronique, deux, trois, quatre litres; dans la forme aiguë, dix à douze litres (Lécorché). Le rhythme sécrétoire est modifié en

(1) Journal de Méd. et Chirur. pratiques, février 1882.

ce sens que l'excrétion ne présente pas ses maximes pendant les périodes digestives comme à l'état normal, mais qu'elle est surtout nocturne dès le début, et même à une époque avancée, si on soumet le malade à l'alimentation azotée. Toutefois si l'alimentation est féculente, les maxima de polyurie continuent à correspondre à l'heure des repas. Ajoutons que la quantité d'urine rendue est égale à la somme des liquides absorbés, en y ajoutant l'eau qui entre dans la constitution des aliments ingérés et celle que peuvent fournir les tissus même du malade.

III

Pour continuer la revue des symptômes qu'on peut appeler classiques et avant d'en arriver à l'examen de ceux qui ont une importance d'autant plus grande au point de vue du diagnostic qu'ils sont plus rares (ces dernier devant faire le sujet de notre prochain article), parlons des TROUBLES GASTRIQUES.

La *polydipsie* existe toujours quand il y a polyurie, puisqu'elles sont étroitement liées l'une à l'autre. C'est une des manifestations les plus fatigantes pour les malades qui, ayant la bouche continuellement sèche, se sentent la langue collée au palais (Leudet). Ils n'ont pas d'appétence spéciale pour tel ou tel liquide, et peuvent même absorber de grandes quantités d'alcool sans en ressentir de fâcheux effets. La sécheresse de la bouche tient sans doute à des troubles dans la constitution de la salive, qui expliquent aussi le développement et la récidive fréquente de stomatite desquamative, érythémateuse ou aphtheuse.

La *polyphagie* ou augmentation de la faim, fait rarement défaut dans la forme aiguë de l'affection; mais elle est peu marquée quand l'évolution est chronique. En laissant de côté les cas très connus, et sur lesquels on a peut-être trop insisté, de malades pouvant ingérer et digérer sans malaise sérieux, de collossales rations, des quinze et vingt livres d'aliments par jour, on doit dire, que, dans bien des circonstances, ce symptôme ne se traduit guère cliniquement que *par des douleurs gastralgiques* d'un caractère particulier.

Le diabétique n'est pas le gastralgique d'après le repas, mais bien le gastralgique d'avant; il ne se rend souvent pas bien compte de l'état de sa souffrance, et son humeur en est modifiée. M. Lasègue raconte qu'un malade, de mœurs très douces habituellement, était devenu si acariâtre et d'une exigence si impérieuse pour l'heure exacte du repas, que la violence qu'il manifestait alors avait fait croire à des accès de manie revenant périodiquement. Le diagnostic de diabète ne fut posé qu'assez longtemps après, et on put alors expliquer, par la souffrance gastrique due à l'inanition, les phénomènes psychiques présentés par ce malade.

(*A suivre*). PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

NOTE SUR LE SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION ALGÉRIEN.

Le service médical de colonisation, créé en Algérie en 1853, a fonctionné pendant vingt ans environ sous le régime de décrets et d'arrêtés émanant des ministres ou des gouverneurs généraux, puis il est devenu une branche de l'assistance hospitalière.

De 1853 à 1878, l'ensemble des décrets et arrêtés que nous pouvons nommer « l'ancien règlement » renfermait bon nombre de dispositions excellentes, et quelques autres dont le moindre défaut était d'être vexatoires pour les médecins ou absolument inappliquables.

Un certain article 6, si j'ai bonne mémoire, édictait « que les médecins étaient placés, pour tout ce qui concernait leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative, » représentée par le maire. Un autre article disait: « Les médecins devront visiter, au moins une fois par semaine, toutes les habitations *agglomérées ou isolées* de leur circonscription. » Or étant donné que certaines circonscriptions, celles de Sainte-Barbe du Thélat et d'Aïn-el-Arba par exemple, ne renferment pas moins de vingt mille âmes sur une étendue de dix lieux carrées, vous devez comprendre ce qu'il fallait de zèle et de rapidité au malheureux docteur pour aller s'assurer à domicile de la santé de ses nombreux clients. Il est vrai que ce praticien (j'emprunte ce mot au vocabulaire administratif algérien) recevait tout comme le lieutenant de la dame Blanche... douze cents francs d'appointements. Il y avait bien aussi à cette époque quelques petits inconvénients: il faisait un peu chaud, le colon avait trop de peine dans sa lutte acharnée contre un sol vierge et pestilentiel, pour avoir à donner un centime à son médecin; le choléra, le typhus, la fièvre travaillaient bien un peu, on mourait vite; mais que sont ces futilités, que signifient ces bagatelles, quand on a l'heur et l'honneur d'être placé « en ce qui concerne le service médical » sous la surveillance et sous l'autorité administratives!

Il faudrait que, quelque jour, un des rares survivants des temps héroïques, de la colonisation fît connaître au monde médical français, le long et glorieux matyrologe de nos grands anciens, leurs luttes incessantes, les tracasseries mesquines et les humiliations qu'ils endurèrent, leurs détresses, leurs misères, leur mort et, par dessus tout cela, le courage qu'ils ont déployé jusqu'au bout, et malgré tout, dans l'accomplissement de leurs devoirs professionnels.

Enfin le « vieux règlement » a vécu. Nous voulons ignorer les noms de ceux qui lui donnèrent le jour; qu'il nous suffise d'être certain qu'aucun médecin ne dut contribuer à ce douloureux enfan-

tement. Puis, comme il convient d'être toujours juste, reconnaissons loyalement que, dans notre circonscription de Misserghin, comme dans plusieurs autres, nous avons vu, avec une population intelligente et sympathique, des maires aux idées larges et libérales, qui savaient toujours faire oublier les règlements blessants qu'ils avaient à faire exécuter.

Il est à remarquer que, malgré son aspect singulièrement fantaisiste, cet amas d'articles confus touchés et retouchés par un nombre indéterminé de ministres et de gouverneurs généraux, consacrait un principe capital, celui de l'inspection des médecins par des *médecins-inspecteurs* nommés par le gouvernement général. Voilà certes qui était applicable. On supprimait ainsi ces luttes mesquines entre hommes d'un mérite réel, ces tracasseries de maire à médecin et de médecin à maire, les préfectures étaient toujours sûrement et directement renseignées. C'était la paix, la bonne harmonie si nécessaires, hélas ! sur ce navire perdu souvent dans l'immensité que l'on nomme un centre nouveau de colonisation.

Les Algériens réclamaient aussi la création de l'Inspectorat (conseil supérieur du gouvernement de l'Algérie 1877); l'évidence éclatait, et grande fut la surprise quand on s'aperçut que cette réforme, portée en germe dans les flancs du vieux règlement pendant vingt ans, n'avait pas trouvé place dans l'arrêté réorganisateur de 1878.

Certes, cet arrêté, ce « nouveau règlement » crée aux médecins une situation incomparablement supérieure à celle qu'ils avaient jusqu'à ce jour. Le service fonctionne sous la direction de comités où l'élément médical est représenté et le traitement varie de trois à cinq mille francs, non compris une indemnité de logement de cinq cents francs.

Cependant nous croyons que ces avantages seront illusoires, absolument illusoires, que le recrutement du corps de santé sera toujours pénible, surtout aujourd'hui que le vote de la loi sur l'administration de l'armée retiendra au regiment les médecins militaires qui démissionnaient souvent pour grossir les rangs de la médecine coloniale.

L'inspectorat écarté, voyons par quelques exemples ce que peut endurer actuellement un médecin partant aujourd'hui de Paris ou de Montpellier et arrivant dans le centre qui commande une circonscription médicale de colonisation.

J'ai reçu de mon supérieur..., je veux dire du maire de la localité que j'habitais, lequel maire était un ami intime, communication d'un pli préfectoral se terminant ainsi.

« .....Vous voudrez bien vous assurer que ce praticien (c'était moi, le praticien) remplit ses devoirs convenablement et que ses tournées sont régulièrement faites. »

Les maires reçoivent aussi tous les ans une feuille signalétique destinée aux médecins, on peut y lire : Docteur X. né a... agé de...

— Sait-il lire ?
— Sait-il écire ?
— Quel est son style, etc., etc. ???

Simple formalité direz-vous. J'en conviens, mais voyez d'ici le magistrat éclatant d'orgueil et se préparant à juger (dans quel style... souvent !) le style de son médecin.

Je ne puis résister au plaisir de vous envoyer une circulaire émanant de l'intendance (oh ! ciel !) par laquelle les maires sont mis en demeure de visiter les malades déjà munis d'un certificat médical et de déchirer ces susdits certificats, si tel est leur bon plaisir. Voici cette pièce, vous conviendrez avec moi qu'elle vaut tout un poëme.

INTENDANCE MILITAIRE.
DE LA
DIVISION D'ORAN
3e SECTION.
No 3113.

Je remarque que les convois par diligence sont accordés aux militaires voyageant isolément dans une proportion qui va toujours en augmentant.

Cala me fait craindre que les certificats des médecins ne soient délivrés aux intéressés avec trop de facilité...

Il vous appartient de juger, après avoir pris connaissance de ces certificats *purs avis consultatifs*, s'il y a réellement lieu d'accorder le convoi.

Dans le cas ou vous ne partagerez pas l'avis de médecin (*sic*) vous devez refuser les moyens de transport.

Je vous invite à remplir ce devoir avec fermeté, en vous faisant présenter les militaires intéressés quand cela vous paraitra nécessaire.

Oran, 9 novembre 1870.
L'intendant militaire.
CLAYEUX.

Transmis à
Monsieur le maire pour
avis et exécution
le 12 novembre 1877.
3e Sous-Intendance

En général, les maires ne tiennent aucun compte de ces circulaires, mais s'ils veulent être sévères, ils visitent le malade, et,... (ipse miserrima vidi) déchirent gravement le certificat du médecin.

Une autre circulaire presqu'aussi..... étrange, est celle qui nous invite à aller donner des consultations sur les marchés ! Voyez les fils d'Allah accourant au son du fifre et du tambour dans notre cabinet aérien !

J'ai pensé qu'il pouvait être utile de faire connaître aux jeunes confrères ce qu'est la situation du médecin colonial. Voyons maintenant, sans attacher plus d'importance qu'il ne convient à notre opinion personnelle, ce que devrait être le service médical de colonisation, et ce qu'il sera fatalement, à moins qu'il ne soit supprimé.

Il faudrait d'abord ne point s'étonner d'entendre demander souvent des modifications et encore des modifications dans un pays nouveau, où tout est à créer et où la rapidité de l'évolution peut donner une importance capitale à ce qui nous parait insignifiant aujourd'hui.

L'expérience a déjà prouvé, que, dans les affaires algériennes, il n'y a pas de petites questions.

Mainte création inaperçue à l'origine était hier encore toute puissante : Aujourd'hui que des conditions nouvelles surgissent, le moment est peut-être opportun pour adapter aux nouveaux besoins cette puissance éminemment civilisatrice, la médecine coloniale. Pour rester dans les faits généraux, il est manifeste que nous confinons à la barbarie et, qu'entre l'Algérie et ses voisins, il y aura toujours, de par la force des choses, une espèce d'endosmose sociale. Dès lors, la nation civilisée ne s'arrêtera pas quand elle le voudra, mais quand elle le pourra. Notons, d'autre part, que le mouvement géographique s'étend en France avec toute l'ardeur d'un nouveau venu et que le continent africain paraît être le but préféré de ses efforts. Il est donc temps de rassembler et de mieux orienter nos forces, et, nous serons servis admirablement par une circonstance connue de tous, c'est que, déjà, *dans bon nombre de localités algériennes, le médecin pouvant vivre aussi bien, sinon mieux, qu'en France du produit de la clientèle, le poste de médecin de colonisation devrait être supprimé.*

En résumé, nous voudrions que, étant donnée une force civilisatrice, on cherchât à l'utiliser d'une façon méthodique en l'adaptant aux conditions actuelles, en portant son maximum d'action où se trouve le maximum du travail à accomplir.

Il est aisé de comprendre les dispositions dictées par les considérations qui précèdent.

1° Création de l'Inspectorat.

2° Suppression du poste médical de colonisation partout où il deviendra une superfétation.

3° Division du personnel en deux sections.

a, section des *circonscriptions médicales*.

b, section des MISSIONS ET EXPLORATIONS.

Nous prenons la liberté de soumettre ces conclusions à l'examen de nos confrères, à ceux d'entr'eux, surtout, qui font partie des conseils généraux, aux présidents des sociétés locales d'Algérie, aux amis que nous avons laissés dans la médecine coloniale, à notre président de la Société d'Oran, Monsieur le docteur Fonteneau, qui a toujours mis au service de la médecine de colonisation la haute autorité de son talent et de sa parole. Nous les prierons tous de remarquer que ces dispositions satisferaient tous les intérêts et ne sauraient grever en rien le budget.

On ne manquera point de prétendre que nous sommes les apôtres de la mobilité. Qu'importe, ne savons-nous pas le peu de succès des institutions métropolitaines transplantées tout d'une pièce en Afrique ? n'est-il pas évident qu'il faut toujours changer dans un pays où tout change ?

Quiconque parle ainsi de près ou de loin est accusé d'autonomisme, mot bien gros, qui veut simplement dire que des lois excellentes au pôle pourraient fort bien n'être que médiocres à l'équateur, et qu'il faut souvent acheter des vêtements nouveaux à un enfant qui grandit très vite.

Ainsi compris, nous accepterions volontiers le reproche, assuré que nous sommes de trouver toujours l'Algérie à l'avant-garde de la patrie française.

Dr DEVOISINS.

(*Ancien conseiller général d'Oran*).

II

SITUATION DES MÉDECINS DANS L'OUEST DE LA FRANCE

Monsieur le Directeur,

Supposez une ville, un chef-lieu de département, par exemple, de 28.000 habitants environ. Quelle idée peut-on se faire de ce que coûte à chacun des habitants, riche ou pauvre, le médecin, pendant une année entière? Réfléchissez, ami lecteurs. Si, pauvre ou riche, vous étiez à même de vous abonner aux soins d'un médecin, pour une année, à quelle somme évalueriez-vous la rétribution due à ses services ? Voyons... Pour les riches, 50 francs pour trois cent soixante-cinq jours de l'année, ce serait peu. Pour les pauvres 10 francs, ce serait peut-être beaucoup. Qu'en pensez-vous? Eh ! bien, les 28.000 habitants de la ville où je réside ne dépensent, chacun, ni 50, ni 20, ni 10 ni 3 francs par an, en frais de médecin. Le calcul en est simple : Si les 28.000 habitants dépensaient chacun 3 fr. pour une année, cela donnerait un total de 84.000 francs. Nous sommes treize médecins : la part de chaque médecin serait de 6.000 francs Ce chiffre est assurément trop élevé. La moyenne des honoraires reçus des treize médecins de ma ville, n'est guère de plus de 4.000 francs. Je l'affirme. Or, la vie étant très chère ici, il est matériellement impossible à un médecin de se suffire avec les seules ressources que donne la profession Pas de loyer inférieur à 1.000 francs. Contributions et patente. Près de 200 francs de patente !... Restent 2.800 francs pour la nourriture, les vêtements et la domestique! Et s'il y a des enfants... Un cheval et une voiture sont, ici, une dépense annuelle de 1800 francs. Aussi peu d'entre nous s'offrent ce luxe.

Telle est, dans sa nudité, mais dans son exactitude, la vie médicale de l'ouest de la France. Quelle profession est plus déshéritée? *Et nunc erudimini*, étudiants... Mais, quand l'Etat, les administrations, les tribunaux, traitent comme on sait la profession médicale, faut-il être surpris que le public emboite le pas? Dr X.

III

RECOUVREMENT DES HONORAIRES

La question des recouvrements est des plus importantes. Quel est l'humble médecin de ville ou de campagne dont le sort ne serait beaucoup adouci, si tout ce qui lui est dû, et qu'il s'est donné tant de peine à gagner, lui était payé? Sur quel registre de médecin ne voit-on s'allonger démesurément la liste des visites impayées, qu'il *n'ose* pas, qu'il ne peut pas, qu'il n'a pas le temps de réclamer? S'il se décide à le faire, il n'obtient pas de réponse. S'il veut poursuivre,

c'est devant le juge de paix, juridiction singulière pour des travailleurs *patentés*. Car si les médecins paient patente comme commerçants, pourquoi le droit de poursuivre devant le tribunal de commerce leur est-il dénié? Le médecin est industriel s'il s'agit de payer les impôts. Il cesse de l'être, s'il s'agit de recouvrer ses créances. Comprenne qui pourra. Patenté? Pour payer, oui; pour être payé, non. — Et, s'il se présente, une fois devant le juge de paix, il arrive que ce magistrat, pour faire de la conciliation, réduit la note du médecin et condamne le débiteur à payer, ne donnant ainsi complètement tort ni raison à personne, — faisant, il est vrai, de la conciliation, non de la justice. J'ai vu cela. Dupés et exploités, voilà ce que sont les médecins, pour l'instant. X.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Les progrès de la chirurgie moderne et les blessures du péritoine *d'après le professeur Marion Sims* — A la suite d'un long travail dans lequel il passe enrevue les procédés employés autrefois pour le traitement des blessures du péritoine, le célèbre chirurgien indique les méthodes désormais en faveur auprès des maîtres hardis et arrive aux conclusions suivantes :

1º Toute plaie pénétrante des parois de l'abdomen doit être élargie aussitôt que possible, et dans des proportions suffisantes pour qu'on puisse s'assurer de toute l'étendue des lésions.

2º On doit opérer la suture des intestins blessés, et la ligature des vaisseaux donnant du sang.

3º Rechercher avec soin les matières épanchées est procéder au nettoyage complet de toutes les substance étrangères, fécales ou autres, avant de fermer la plaie extérieure.

4º On jugera si le cas réclame l'emploi du drainage, qui ne sera utile que si la toilette du péritoine est incomplète, et que la suture n'a pas réparé toutes les solutions de continuité ; la mort arrive aussi vite que si rien n'avait été fait, dans ces cas.

Il ne faut, dans ces circonstances, rien laisser au hasard, et l'on est encouragé dans cette voie par les succès positifs obtenus dans les opérations qui touchent au péritoine. — « Jamais », dit l'auteur, le moment n'avait été plus » opportun d'attirer l'attention des médecins sur ce » point. Après l'attentat contre le président Garfield, je » fus appelé à Paris pour donner mon opinion sur les » chances qu'il avait de guérir, et comme il ne mourut » pas au bout de trois jours, je compris que la balle » n'avait pas pénétré dans le péritoine, et je donnai à » mes amis l'assurance de la guérison. Mais, bientôt, on » perdait l'espoir de sauver l'illustre blessé, et mon opi- » nion provoquait de vives critiques, et la suprise » du monde médical. J'ai cependant la conscience d'avoir » fait mon devoir, en disant alors ce que je répète aujour- » d'hui : — Si l'on avait la certitude de la perforation du » péritoine, il n'y avait qu'un seul moyen de sauver le » Président : le nettoyage attentif de la cavité, la liga- » ture des vaisseaux, comme dans l'ovariotomie, les pré- » cautions de drainage, si les circonstances l'exigeaient. » Le péritoine n'était pas traversé, ce qui a permis au » Président de vivre encore quelque temps.

N'arrive-il pas tous les jours qu'on ouvre le péritoine hardiment pour enlever des tumeurs de l'ovaire, ou des corps fibreux utérins, des tumeurs du foie, pour dénouer des involutions intestinales, réséquer le pylore, inciser les parois de l'estomac, donner issue au pus, aux produits de la conception situé dans les trompes de Fallope, ramener, en un mot, à la vie des individus qui, sans ces brillants résultats, seraient morts rapidement? Et doit-on laisser mourir sans plus s'inquiéter un homme, président de la République ou paysan, quand on peut le sauver en observant des règles aujourd'hui à la portée de tous les chirurgiens ?

Les tumeurs de l'ovaire causaient ordinairement la mort, avant que Mac Dowel eut fait connaître la manière de les guérir ; on est aujourd'hui arrivé à une telle perfection, qu'on réussit dans 90 et même 97 pour cent des cas opérés.

En résumé, toutes les blessures de l'abdomen peuvent se terminer par septicémie, à la suite de l'absorption des liquides ou autres matières répandus dans la cavité péritonéale. Quand le pus trouve issue, par une fistule ou une ouverture, les malades guérissent. Le chirurgien ne devra donc pas hésiter à élargir les plaies pour pouvoir à son aise nettoyer et suturer; ces précautions complètement prises, les malades guérissent même sans drainage.

S'il faut s'en rapporter aux affirmations positives de de Marion Sims, les chirurgiens pourront bientôt, suivant la pittoresque expression du professeur U. Trélat, ouvrir l'abdomen comme une valise.

(*British. méd. Journal*, 25 fév. et 4 mars 1882.)

* * *

Alimentation par le rectum *par le Dr W. Tyson, de Folkhestone.* — L'auteur envisage d'abord rapidement l'anatomie du rectum, la physiologie de l'absorption de cette partie de l'intestin, puis la manière d'administrer les lavéments.

An point de vue anatomique, le rectum est constitué pour concourir à la nutrition. Il est très abondamment fourni des vaisseaux sanguins anastomosés entre eux, la muqueuse y est plus épaisse, et plus vasculaire qu'en aucune autre région de l'intestin. Le réseau des lymphatiques y est très riche, et on y trouve plusieurs petites glandes solitaires. A la partie inférieure, à deux doigts au-dessus de l'anus, existe une dilatatien dans laquelle trouvent place les aliments introduits, et le sphincter anal joue le même rôle que le cardia et le pylore.

En ce qui a trait à l'absorption. on a dit que les substances colloïdes, l'albumine, la gélatine, l'amidon, ne peuvent passer dans la circulation que transformés en matières cristalloïdes ; et si cette transformation ne peut s'effectuer dans le rectum, les lavements composés de ces substances n'auront qu'une influence peu nutritive. Il est peut-être douteux que le gros intestin ait le pouvoir de produire ces changements dans les substances

qu'il reçoit, mais les résultats de l'alimentation par le rectum sont si évidents, qu'on ne peut douter que l'absorption s'y fasse.

On a dit que les produits de la secrétion intestinale qui cheminent jusque dans le rectum peuvent dissoudre une quantité considérable d'amidon, et, dernièrement, on a émis en théorie que le contenu d'un lavement monte du rectum dans les parties supérieures du gros intestin, où la digestion et l'absorption s'effectuent rapidement.

L'administration d'un lavement alimentaire demande une attention et des précautions toutes particulières. On devra soigneusement éviter l'introduction de l'air dans l'intestin. Le meilleur procédé consiste à se servir d'un tube en caoutchouc, long de 2 ou 3 pieds, muni à une extrémité d'une canule en os, et à l'autre bout d'un entonnoir. On introduit la canule dans le rectum puis on verse dans l'entonnoir le lavement qui descend dans le tube et pénètre dans l'intestin avee plus ou moins de pression, suivant l'inclinaison qu'on donne à l'appareil.

L'auteur recommande l'emploi des lavements alimentaires dans tous les cas où les vomissements persisteront durant deux ou trois jours, ainsi que dans les affections douloureuses de l'estomac, l'ulcère de cet organe, la dilatation, le cancer.

L'eau chaude, bien que n'étant pas un aliment, pourra, dans certains cas, de grande faiblesse, être administrée en lavements avec avantage, à la température du sang. Dans les cas d'arrêt partiel de la circulation, l'accroissement de la masse sanguine obtenu par ce moyen, a pu réussir à rétablir temporairement l'action du cœur.

Le thé de bœuf, le lait, le jaune d'œuf, ont tout d'abord composé les lavements nutritifs; mais, depuis l'emploi des agents artificiels de digestion, la pepsine et l'acide chlorhydrique dont on a fait des adjuvants de la digestion stomacale, on a reconnu la valeur de ces produits dans l'alimentation par le rectum. La pepsine a cédé la place à la pancréatine qui, elle, possède le double pouvoir de digérer les matières protéiques et amylacées.

Le Dr Leube mêle un quart de la substance d'un pancréas finement haché à trois quarts de pulpe de viande, et un peu d'eau chaude pour faciliter l'administration du lavement. Le Dr Horace Dobell emploie un quart du poids total de la masse à introduire de bœuf ou de mouton réduit en pulpe, 20 grammes de pancréatine en poudre, 20 grains de pepsine de porc, le tout mêlé dans un mortier chaud à une cuiller à bouche d'eau-de-vie, et de l'eau pour obtenir un mélange de consistance de mélasse.

Le Dr Tyson termine son travail en faisant mention des suppositoires alimentaires de bœuf peptonisé de Spencer de York, et les lavements de sang employés par les Américains. Ces procédés nouveaux, bien que n'étant encore d'un usage rare et presque exceptionnel, ont donné des résultats encourageants.

Britsh med. Journal, (25 mars 1882).

*
* *

Nouvelle méthode de traitement des déplacements invétérés de l'utérus, *par le* Dr W. *Alexander, chirurgien au Liverpool Workhouse.* — L'auteur ne s'occupe que des déplacements utérins anciens et tels qu'ils sont pour les femmes un supplice de toute la vie, cause de l'inefficacité des pessaires ou de l'irritation locale que causent ces appareils. Les procédés employés usqu'cse résument en opérations plastiques pratiquées sur les parois du canal vaginal, qu'on rétrécit à des niveaux différents suivant l'espèce de déviation à combattre. On obtient ainsi des succès plus ou moins complets, mais à la condition expresse que les effets de la cohabitation ne viendront pas détruire le résultat du chirurgien.

On sait que, pour amener l'utérus vierge entre les grandes lèvres, et l'utérus multipare en dehors de la vulve, il suffit d'une traction bien inférieure, en effets mécaniques, à la pression supportée par les divers organes abdominaux, et que, si l'axe de l'utérus était situé sur le prolongement de celui du vagin, il y aurait prolapsus utérin chez presque toutes les femmes, si l'union de la matrice avec le péritoine et le vagin étaient les seuls obstacles à ce déplacement. Ce sont le sacrum et le coccyx en arrière, les os pubiens en avant, qui supportent presque seuls la pression de l'utérus.

Ce qui maintient l'organe, en outre de ses unions aux organes pelviens voisins, ce sont surtout les ligaments ronds. Malheureusement, ces ligaments sont susceptibles d'élongation, sous l'influence de grossesses répétées, de congestions utérines et de toutes autres causes produisant le tiraillement, le relâchement de ces ligaments. Si la rétro-flexion ou la rétro-version sont complètes, le prolapsus ne peut se produire qu'à un léger degré, mais si la rétro-version est partielle, quand l'utérus descend dans l'axe du canal pelvien, la pression des organes abdominaux produit tous ses effets, et la descente s'effectue. L'indication est de replacer l'utérus dans la position normale et de l'y maintenir.

Le procédé de l'auteur consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds.

Il faut d'abord disséquer l'anneau inguinal, mettre à nu l'extrémité du ligament, qu'on isole des nerfs qui l'accompagnent, et qu'on sépare par de patientes et prudentes tractions des tissus voisins, jusqu'à ce que l'utérus arrive à une position satisfaisante. On fixe alors l'extrémité du ligament que l'on réunit d'abord à celui de l'autre côté, dans les tissus voisins de l'anneau. — Le point délicat est l'isolement des ligaments d'avec les adhérences de voisinage; ils glissent dans leur gaîne sans léser en rien le péritoine, sans exposer le malade à aucun risque de hernie, ni d'inflammation pelvienne. Après quelques jours les douleurs dues à l'opération ont disparu; mais les expériences faites par l'auteur sur le cadavre, lui ont prouvé que le manque de précautions de l'opérateur peut être dangereux. Les exercices d'amphithéâtre permettront au praticien d'acquérir l'habileté de main nécessaire, plus que ne pourraient le faire toutes les descriptions détaillées.

Si une grossese se produit après l'opération, il peut arriver : ou que les ligaments raccourcis ne laissent pas l'utérus s'élever dans le bassin, et causent par là même l'avortement; — ou que les ligaments s'allongent assez pour permettre à l'utérus de monter dans le bassin et recouvrent, après l'accouchement leur tonicité; — ou que le prolapsus se reproduise, les ligaments restant relachés.

Comme on le voit, il restera même, en cas de grossesse, des chances de conserver les résultats de l'opération, tandis que les diverses sutures pratiquées sur les parois du vagin, sont toutes détruites par l'accouchement.

Cette opération, effectuée complètement hors de l'abdomen, ne peut avoir de conséquenoes mortelles, que s'il

survient des complications pouvant se produire dans tout autre cas; les érysipèles et la pyoémie peuvent prendre naissance à la suite de toute opération.

Med. Times and Gazette, 1er avril 82.

* *

Les antidotes de la strychnine, *par le Dr Robert Barnes, médecin-accoucheur à l'hôpital de Saint-Georges.* — MM. Williams Gréville et Waters ont découvert un antidote de la strychnine, dans une base organique préparée par l'un d'eux, en traitant la cinchonine par la potasse caustique, ils l'ont nommée la lutidine. Des expériences sur des grenouilles ont prouvé que ce produit augmente notablement la tonicité du cœur, suspend le pouvoir modérateur du nerf vague, et par son action spéciale sur les cellules du nerf spinal, ralentit les manifestations reflexes et les arrête même complètement : ce qui les a autorisés à regarder la lutidine comme un antagoniste directement opposable à la strychnine.

On a détruit le cerveau de grenouilles par des procédés employés d'ordinaire au laboratoire, administré à ces animaux la lutidine jusqu'à disparition de l'action reflexe, et la strychnine put alors être donnée sans produire les effets tétanisants ordinaires. Une autre grenouille absorba de la strychnine jusqu'à production du tétanos, la lutidine administrée après, fit disparaitre les contractions. L'ingestion des deux bases, prises simultanément ne fut pas suivie de tétanos.

Le Dr Robert Barnes, à l'occasion de ces expériences' dit qu'il lui est impossible de déterminer si la lutidine appartient à la classe des contre-poisons chimiques, décomposant le toxique absorbé, ou de ceux qui agissent en produisant sur l'organisme une action opposée.

La strychnine est un produit très soluble, et difficile à extraire de l'estomac par les vomissements ou la pompe stomacale; les symptômes d'absorption peuvent se developper, il peut être entré dans la circulation assez du produit, avant que l'estomac ait pu absorber l'antidote. L'indication pratique se réduit donc à combattre l'action toxique autrement que par la voie stomacale.

La strychnine tue par chocs violents et répétés, épuisant rapidement les centres nerveux respiratoires et spiraux: modérer ou suspendre ces secousses, c'est conserver la vie du malade en lui donnant le temps d'éliminer le poison. On sait aujourd'hui qu'une grenouille empoisonnée par la strychnine, ne présentera pas les signes du tétanos, si on la tient dans une immoblilité absolue, mais que la même dose la tuera, si l'on stimule les contractions en touchant l'animal, ou en impriment des mouvements à la table sur laquelle elle repose.

La première règle à observer, est d'éviter autant que possible tout mouvement ou toute émotion, la déglutition elle-même excite l'accès tétanique, tandis que l'inhalation s'effectue sans amener aucun trouble moteur. Or, de tous les agents modérateurs du spasme musculaire, le nitrite d'amyle est le plus puissant. En obstétrique où l'on a quelquefois à combattre des convulsions, soit de l'utérus, soit du corps entier, tout-à-fait assimilables au tétanos, le Dr Robert Barnes a employé avec succès le nitrite d'amyle, préférable au chloroforme lui-même. L'auteur a eu, en outre, la bonne fortune de sauver la vie d'un malade empoisonné pour avoir pris par imprudence une grande quantité de strychnine, et chez lequel ce poison aurait certainement amené la mort.

En faisant respirer le nitrite d'amyle au début d chaque accès de tétanos, on parvint, peu à peu, à les enrayer; mais si l'on retardait même de quelques secondes de faire respirer le contre-poison, l'accès revenait avec son intensité première.

Voilà des résultats qui mettent aux mains des praticiens un antidote précieux, permettant de sauver des malades voués jusqu'ici à une mort certaine.

Brit. med. Journal. 1er *avril* 82.

Dr M. Picard.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Pilules contre la bronchite chronique — M. Gueneau de Mussy prescrit souvent la formule suivante:

Goudron.	1 gramme.
Benjoin.	0, 50 cent.
Poudre de Dower.	1, 50 —

Pour 20 pilules, une avant chaque repas.

Emulsion d'huile de ricin. — La préparation suivante administrée à la dose de 30 grammes, est un purgatif agréable et efficace.

Huile de ricin.	340 grammes.
Glycérine pure.	60 —
Sirop simple.	90 —
Essence de cannelle.	5 gouttes.
Essence de menthe.	2 grammes.
Eau de menthe.	12 —

Mêlez, (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement des anévrysmes des membres. Thèse du Dr Waquet.

Etude sur l'hygiène au Japon. Thèse de *M. G. Godet.*

Sur un kyste fœtal, par M. le Dr Thomas-Caramau. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur. Paris.

NOUVELLES

Nous avons l'honneur d'informer nos lecteurs que, par décision du 25 avril, le conseil supérieur de la Société nationale d'encouragement au bien, sur le rapport de la commission des récompenses, a décerné une médaille d'honneur pour *dévouement à l'humanité*, à notre excellent confrère, Dr Notkonski Stanislas, à Norges, (Côte-d'Or) membre du *Concours Médical.*

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3 Juin 1882 — 4me Année. — No 22

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Woillez*, en son nom et au nom de M. Vulpian, lit un rapport sur le travail de M. *Smester* que nous avons analysé l'an dernier (1), « Sur le mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche. » On se rappelle que M. le Dr Smester s'était proposé de démontrer, par des expériences personnelles, que la respiration s'effectue, chez l'homme, exclusivement par le nez ou par la bouche et jamais par ces deux voies simultanément.

Voici en quoi consistent ces expériences : l'inspiration se fait à l'aide de deux tubes distincts, l'un reçu dans la bouche et l'autre s'adaptant à une sorte de masque encapuchonnant le nez. Chacun de ces tubes est reçu dans un flacon à part, clos, à moitié rempli d'eau, et s'ouvre dans l'air de ce flacon, tandis qu'un autre tube, resté libre, pénètre dans le flacon par une tubulure jusqu'au fond du liquide. Tout étant ainsi disposé, le liquide s'élève lorsque l'aspiration de l'air a lieu, et l'on voit facilement si cette ascension se fait dans le flacon *nasal* ou dans le flacon *buccal*, comme les désigne l'auteur. Pour expérimenter l'expiration, il suffit de changer la disposition des tubes, et d'expulser l'air dans le tube qui plonge au bas du liquide.

En multipliant les expériences plus de 150 fois, jamais l'auteur n'a vu l'expiration avoir lieu simultanément par le nez et par la bouche, quelles que fussent les tentatives pour obtenir un résultat contraire. L'ascension ou l'abaissement du niveau du liquide n'avait lieu que dans un seul des flacons et non dans les deux simultanément. Pour rendre ses expériences plus concluantes, l'auteur s'est servi de deux gazomètres gradués et les résultats ont été les mêmes.

M. Smester explique l'indépendance de l'inspiration et de l'expiration, par le nez ou par la bouche, par les contractures musculaires inconscientes des muscles de l'isthme du gosier. Dans la respiration nasale, la bouche restant ouverte, la base de la langue clot cet isthme du côté de la bouche, en s'appliquant sur la paroi antérieure du voile du palais. Dans la respiration buccale, le voile du palais s'épaissit par la contraction du muscle staphylo-palatin, tandis que les pérystaphylins internes et externes tendent le voile qui vient s'appliquer sur la paroi postérieure du pharynx et fermer complètement l'isthme naso-pharyngien déjà rétréci par la contraction des pharyngo-staphylins.

Le fait de l'isolement constant de la respiration par le nez ou par la bouche, lorsque les deux voies restent ouvertes, parait à M. Woillez trop exclusif. Dans l'état de repos musculaire, la respiration peut se faire simultanément par le nez et par la

(1) V. Conc. méd. 1881 no 40.

bouche, si celle-ci reste demi-close, de manière à égaliser la capacité de parcours dans les conduits nasal ou buccal. Il est évident, en effet, que si l'un des conduits est plus largement ouvert que l'autre, l'air pénètrera ou sortira de préférence par le conduit le plus largement ouvert.

Il y a donc des exceptions à la formule de M. Smester, et M. Woillez se demande si l'auteur s'est mis dans les conditions physiologiques convenables pour démontrer sa thèse. Il pense qu'il y a lieu de refaire ces expériences en perfectionnant le procédé employé; il engage donc M. Smester à poursuivre ses intéressantes recherches et propose à l'Académie de déposer honorablement son travail dans les archives de la Compagnie.

Au nom d'une Commission dont il fait partie, avec M. Brouardel, M. *Woillez* lit un second rapport sur le travail de M. le Dr *de Chilly* intitulé : « Mémoire sur un nouveau procédé de secours aux asphyxiés par causes diverses. » L'auteur regarde son procédé comme supérieur à ceux de Marshall-Hall, de Pacini, de Sylvester pour pratiquer la respiration artificielle et faire passer le plus d'air possible à travers les poumons. « Il est, dit-il, un moyen d'une application facile pour faire immédiatement respirer un asphyxié à pleins poumons ; c'est de convertir la cage thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes. Pour obtenir ce résultat, il suffit que, le sujet étant couché sur le dos, et, autant que faire se peut, sur un plan incliné, l'opérateur, placé à l'un de ses côtés, et la face tournée vers les pieds, enfonce les quatre derniers doigts fléchis de chaque main et le plus haut possible sous les fausses côtes de chaque côté, et derrière elles, en refoulant fortement la peau et en lesserrant entre les extrémités des doigts et la paume de la main : cette préhension doit se faire sur les points où la parei thoracique fait la plus grande saillie en bas. Alors l'opérateur exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement qui donnent à la poitrine toute son ampleur ou toute sa dépression, car le mouvement imprimé aux fausses côtes se propage à toute l'étendue des parois thoraciques. »

Sans doute, ce procédé a l'avantage de ne nécessiter aucun appareil ni engin particulier que l'on a pas toujours sous la main ; mais on ne peut lui concéder la supériorité sur les autres procédés. Sans nier que la dilatation du thorax soit ici la conséquence de l'écartement des côtes, on se demande dans quelle mesure la pénétration de l'air peut s'effectuer. La dilatation diminuant de bas en haut, on ne peut admettre que la respiration se fasse à pleins poumons et, de plus, elle est contrariée et amoindrie par l'ascension du diaphragme refoulé en haut.

M. *Lagneau* fait un rapport sur un Mémoire de M. le Dr *Antony* intitulé : « Etudes statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne. » A ce propos, M. le rapporteur propose de demander au Ministre de la guerre de vouloir bien charger le Conseil de santé des armées de faire rassembler, de coordonner, par cantons, tous les documents statistiques recueillis lors des opérations du recrutement. Nous ne pouvons que souhaiter que cette proposition soit accueillie favorablement : on comprend, en effet, quelle importance et quelle utilité aurait, au point de vue de la statistique, un pareil travail d'ensemble portant sur des documents officiels qui vont se perdre dans les cartons des bureaux de recrutement.

Nous avons passé sous silence, dans notre dernier *Bulletin*, la communication que M. Bergeron a faite à propos des deux Mémoires de MM. *Drouineau* (de la Rochelle) et *A. J. Martin*. « Sur l'organisation de la médecine publique; » nous nous proposions de revenir sur ce sujet après avoir pris connaissance de ces travaux que nous n'avions pas alors sous la main : nous renonçons à notre projet en apprenant qu'un de nos confrères a l'intention de traiter à son tour la question. Il ne pourra manquer, chemin faisant, de rendre hommage au talent dont ont fait preuve les auteurs de ces deux intéressants Mémoires et d'examiner, d'une façon générale, les projets qu'ils proposent.

Election. — M. le Dr *Mathias Duval* a été élu membre titulaire dans la première section de l'Académie. Nous félicitons à la fois notre confrère que ses travaux ont rendu bien digne de l'honneur qu'il reçoit, et l'Académie qui vient ainsi de s'adjoindre un physiologiste éminent et un anthropologiste de mérite. Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic du diabète.

(Suite et fin).

I

Nous avons énuméré plusieurs des troubles morbides qui peuvent être relevés dans l'évolution du diabète et contribuer à en établir le diagnostic, modifications de la fonction urinaire, appétit des liquides et des solides, symptômes gastriques. Continuons à rechercher les signes qui peuvent permettre de découvrir cette maladie si souvent latente, en insistant sur ceux qui ont le plus de chance d'être méconnus.

M. Lasègue pense que l'étude du diabète a beaucoup trop porté jusqu'ici sur les théories pathogéniques ou sur les réactions propres à déceler la glycosurie, au détriment de l'histoire du malade lui-même, et, qu'en un mot, la clinique a trop été négligée. « Il n'y a pas, dit-il, d'histoire de diabétiques au début, honnêtement et sincèrement écrite : de diabète confirmé, oui, de diabète au début, non. Nous n'assistons le plus souvent qu'à la dernièrephase de la maladie; car, celle-ci étant longue, d'une part le malade se fatigue de son médecin et, d'autre part, la curiosité de celui-ci, au bout de trois mois, est tout-à-fait épuisée. »

Parmi les fréquents symptômes d'avant-garde, il faut ranger *l'impuissance*, lorsque, dûment constatée, on ne peut lui trouver d'explication légitime. Les malades ont ordinairement perdu l'appétit de la fonction génitale et l'aptitude à la remplir, facile à constater chez l'homme; chez la femme, c'est une indifférence absolue d'abord, plus tard une véritable répugnance. Aussi Lasègue ne manque-t-il jamais, au moindre soupçon, de demander à ses malades ce qu'il appelle pittoresquement la thermométrie de leurs capacités génitales.

Une *fatigue générale*, une faiblesse des membres inférieurs, qui porte les malades à éviter tout exercice, se montre de bonne heure; et à la défaillance physique se joint une *prostration morale* tout-à-fait caractéristique. Les diabétiques n'ont plus de goût à rien, et ils se désespèrent volontiers. Notre savant maître, M. Legrand du Saulle, a signalé un trait caractéristique de leur état mental, qui consiste en des *idées de ruine*, que rien ne justifie; il a presque toujours vu ces malades, si brillante que soit leur situation de fortune, se lamenter à l'idée qu'ils peuvent perdre d'un instant à l'autre tout ce qu'ils possèdent; ils croient même l'avoir perdu et finissent souvent par le suicide à un âge peu avancé. (1)

On a depuis longtemps signalé les *phlegmons*, *furoncles*, *anthrax*, les *ulcères* rebelles aux traitements ordinaires comme des manifestations qu'imposent à tout médecin consciencieux l'analyse des urines et la recherche du sucre dans celles-ci; il faut joindre à ces affections d'ordre quasi chirurgical les *balano-posthites* récidivantes et le *phimosis* qui en est la conséquence.

M. Verneuil, qui a le mérite très grand d'avoir amené le règne de la pathologie générale dans la pratique des chirurgiens, insistait récemment sur le rôle du *diabète latent en chirurgie* (1); l'éminent professeur de la Pitié désigne sous ce nom les cas dans lesquels, malgré l'absence du sucre dans l'urine de certains malades atteints de gangrène ou d'anthrax au moment même où l'analyse en est faite, on ne se trouve pas moins en face de véritables diabétiques ayant présenté antérieurement de la glycosurie, et devant en présenter de nouveau à la moindre intervention chirurgicale. En pareil cas, on doit faire appel aux souvenirs des malades et insister pour savoir s'ils n'ont pas remarqué, à une époque antérieure, même reculée, certaines taches blanchâtres laissées par l'urine sur leur linge ou leurs vêtements, ou la présence fréquente de mouches sur les bords de leur vase de nuit. Disons à ce propos que la présence de ces taches blanchâtres suppose déjà une glycosurie très accentuée, de 50 à 60 grammes de sucre par litre. On sait, de plus, qu'à de très rares exceptions près, tous les diabétiques ayant subi une opération quelconque ont succombé jusqu'à ce jour.

Parmi ces très rares exceptions, se place une extraction de *cataracte diabétique* exécutée avec succès par M. Teillais (de Nantes) (2). Mais c'est là, disons-le nettement, une chance bien peu commune, et les cataractes diabétiques, généralement de consistance molle, sont considérées par la presque unanimité des ophthalmologistes comme inopérables — Puisque nous sommes amenés incidemment à parler des troubles oculaires du diabète, profitons-en pour rappeler les différentes lésions capables de déterminer dans le cours de cette affection l'*amblyopie* légère ou grave : ce sont des hémorrhagies rétiniennes, l'atrophie du nerf optique ou de la rétine, l'iritis. (3).

Pour en revenir aux accidents cutanés, dont nous parlions plus haut, ils peuvent être avantageusement utilisés comme éléments de diagnostic : *Prurit* généralisé, *érythèmes*, *zôna* et autres variétés d'herpès, *psoriasis*, altération et *chûte des ongles*, sont fréquemment observés. *L'eczéma* n'est pas rare aux grandes lèvres chez les femmes diabétiques ; il présente un caractère peu habituel à l'eczéma de cette région, celui d'être indolent, peu irritant, sans accompagnement fluxionnaire.

La *gangrène* diabétique est une manifestation bien connue ; elle est souvent secondaire à quelques-uns des accidents cutanés énumérés plus haut, notamment l'anthrax et le phlegmon ; elle nous intéresse davantage au point de vue du diagnostic, lorsqu'elle apparaît comme phénomène ini-

(1) De Los Santos. Thèse de Paris, 1878.

(1) *Gazette des hôpitaux*, avril 1882.
(2). *Journal de thérapeutique*, 1877.
(3). Ulmann. *France médicale*. 1881.

tial. Primitive, elle peut être superficielle, se montrer en tous les points du corps, mais de préférence poutant vers les extrémités inférieures. Aux orteils, des plaques rougeâtres font bientôt place à des eschares, qui, en tombant, laissent des ulcérations à tendance cicatricielle peu accusée. Sur les muqueuses, celle du gland notamment, les taches gangréneuses ont une coloration blanchâtre, ainsi que les eschares parcheminées qni leur succèdent, et les ulcérations consécutives à la chûte do ces dernières ne devront pas être confondues avec des accidents vénériens.

Il est un trouble trophique sur lequel l'attention a été récemment appelée par M. Magitot (1) ; nous voulons parler d'une *ostéopériostite alvéolaire* produisant d'abord une simple déviation, puis l'ébranlement et la *chûte des dents*. Chaque observateur apporte d'ailleurs son appoint de faits à l'édifice du diagnostic ; le très regretté M. Raynaud avait signalé une *otite* diabétique avec carie du rocher (2).

II

Mais il n'est pas de symptômes plus précieux à enregistrer que certains *accidents nerveux*, très variés, d'une allure pourtant assez spéciale pour que leur constatation puisse devenir une sorte de trait de lumière.

Ce sont des troubles qui peuvent frapper le système nerveux périphérique ou les centres, perturber la sensibilité ou la motricité.

M. le Dr J. Worms a fait connaitre (3) certaines *névralgies symétriques*, c'est-à-dire siégeant sur les mêmes branches nerveuses de chaque côté du corps. La névralgie symétrique a été observée dans les nerfs dentaires inférieurs et surtout les nerfs sciatiques. Elle parait dépasser en douleur les autres névralgies. Elle ne cède pas au traitement habituel des névralgies (quinine, morphine, bromure, etc.), mais elle s'aggrave et s'atténue parallèlement à la glycémie. Les faits de ce genre n'étaient pas encore connus. Rosenstein avait bien signalé la relation de la sciatique avec le diabète, mais il n'avait pas vu cette névralgie double et symétrique. On comprend bien, d'ailleurs, qu'un sang surchargé de sucre puisse entraîner une modification anatomique ou dymanique des nerfs, au même titre que le sang chargé d'acide urique des goutteux ou le sang des saturnins. M. Worms, arguant de la symétrie de ces névralgies, s'est demandé si elles n'étaient pas sous la dépendance d'une lésion bulbaire ou spinale, siégeant au point d'émergence des troncs nerveux. Depuis lors, Drasche (de Vienne) a relaté d'autres cas de névralgie portant sur les nerfs intercostaux, et M. Raymond (4) a observé un diabétique qui présentait des douleurs fulgurantes et de la myalgie des membres inférieurs, sans qu'aucun autre symptôme pût permettre de songer à l'ataxie locomotrice ni à une lésion des cordons antérolatéraux; il s'agissait probablement d'une irritation temporaire de la substance grise de la moelle lombaire résultant de la glycémie.

Les accidents nerveux consistant en troubles de la motilité et même dans la suspension plus ou moins prolongée de toute activité cérébrale sont des *paralysies*, attaques de *dyspnée*, *d'apoplexie* ou de *coma*.

Quelle que soit la cause réelle de ces phénomènes, qu'ils soient sous la dépendance de *l'acétonémie*, ou qu'ils tiennent à un état graisseux du sang (*l'ipémie*) déterminant des embolies graisseuses dans les capillaires des poumons ou du bulbe, ce n'est point ici le lieu d'examiner la question ; mais le grand intérêt de ces faits réside en ce qu'ils sont souvent mal interprétés et que leur relation avec le diabète n'est saisie que trop tard. — Tantôt c'est un homme de 50 ans, très sobre et très actif, qu, après avoir souffert d'une façon intermittente de diarrhée et de gastralgie, tombe un jour sans connaissance; le lendemain il était rétabli ; mais plusieurs petites crises analogues se succédèrent en peu de temps et demeurèrent inexplicables jusqu'au jour où la perte de l'aptitude génésique fit songer à analyser l'urine qui contenait 30 grammes de sucre par litre. — Un jeune homme est frappé, pendant un voyage en chemin de fer, d'une attaque de coma suivie d'hémiplégie ; il guérit rapidement; mais, l'année suivante, accomplissant le même voyage, il est frappé de nouveau d'hémiplégie, on constate en outre une large plaque d'anesthésie, sur la cuisse du côté hémiplégié. Lasègue, apprenant qu'il se levait plusieurs fois la nuit pour uriner, découvre le diabète. — Un autre malade a des syncopes inexpliquées, alternant avec du vertige : c'est encore un diabétique, mais c'est un diabétique goutteux ; car le diabète ordinaire ne s'accompagne pas d'ordinaire de phénomène vertigineux. — Enfin, il ne faut pas oublier qu'on a observé des cas de mort presque subite ou très rapide dans le coma diabétique.

D'une manière générale, les paralysies diabétiques sont incomplètes ou très peu durables; elles peuvent porter isolément sur la face ou sur un membre (monoplégies). On voit quel parti on peut en tirer au point de vue du diagnostic, puisque ces caractères permettent de les distnguer, dans une certaine mesure, des paralysies tenant aux lésions primitives des centres nerveux.

III.

Parmi les complications du diabète, les plus récemment décrites se trouve l'*endocardite* ; elle a fait le sujet d'un travail de M. Lécorché (1). Ce savant médecin, qui a tant contribué à l'étude du diabète, avait déjà signalé comme lésion vasculaire, la congestion chronique du foie aboutissant à la *cirrhose* de cet organe, cirrhose atro-

(1). Académie de Médecine, décembre 1881.
(2). *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1881.
(3) Académie de médecine, 1880.
(4) Gazette médicale de Paris, 1881.

(1) Académie des sciences, 6 mars 1882.

phique comme la cirrhose vulgaire d'origine alcoolique. Il nous apprend, en outre, que l'endocardite chronique se rencontre souvent dans le cours du diabète à forme subaiguë ou chronique, qu'elle se localise d'ordinaire au niveau de l'orifice mitral et s'accompagne parfois de lésions athéromateuses des artères, elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé du sang altéré par l'exès de sucre; elle ne modifie guère la glycosurie, mais contribuerait à diminuer la polyurie. Elle est, en tout cas, une cause d'aggravation du pronostic, puisqu'elle hâte la fin des diabétiques par la généralisation de l'œdème et l'ascite qu'elle provoque. Sa constatation n'est donc pas une simple curiosité pour le médecin, et elle importe singulièrement au diagnostic s'il est vrai, comme on l'a dit, que le diagnostic ne soit que le pronostic motivé.

Rappellerons-nous l'importance des troubles de l'appareil broncho-pulmonaire? Ils sont bien connus, et pourtant on les méconnait encore trop fréquemment; *depuis l'odeur de l'haleine* qui est dans certains cas caractéristique, comparée, suivant les divers auteurs, à celle des pommes mûres, du foin ou de l'alcool, en passant par *l'hématose incomplète* qu'il résulte de l'incapacité relativement grande du diabétique à fixer la dose physiologique d'oxygène, pour aboutir aux bronchites fréquentes et rebelles, à la pneumonie et à la phthisie. Cette dernière a un début ordinairement insidieux et une marche rapide; il n'est donc pas surprenant que plus d'un praticien ait eu la pénible surprise de constater un jour des signes cavitaires, en auscultant un de ses malades dont il n'avait même pas soupçonné jusque là l'intégrité pulmonaire.

IV

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de différencier le *diabète gras* et le *diabète maigre*. M. Lancereaux s'est *particulièrement* appliqué à isoler ces deux types morbides.

D'après beaucoup de pathologistes, il ne fallait voir dans ce dernier que la suite naturelle et l'état ultime du premier. Dans la première période, disait-on, l'économie, — ayant à se débarrasser de tout le sucre formé par le foie au dépens des féculents d'abord, puis des substances azotées, — n'a pas assez d'oxygène pour comburer les graisses; celles-ci sont mises en épargne, et le diabétique engraisse. Mais plus tard, — que des troubles gastro-intestinaux ralentissent l'absorption, — les substances azotées même ne pouvant plus être utilisées pour la fabrication du sucre, le foie s'attaque à la réserve graisseuse; le diabétique maigrit.

Pour M. Lancereaux, les choses sont autres bien souvent: le diabète maigre est en rapport avec des lésions du pancréas; le diabète gras, au contraire, ne reconnaît pas de causes anatomiques univoques. Cliniquement, même, ce sont deux affections distinctes. Le diabète maigre débute brusquement chez un individu en bonne santé apparente; bientôt apparaissent les fameux symptômes, polydipsie, polyphagie, polyurie et glycosurie. L'amaigrissement et l'affaiblissement sont très rapides; la marche, continue et courte. Le malade meurt souvent d'une phthisie pulmonaire; cette forme ne reconnaît pas d'influence héréditaire. — Le diabète gras, à début insidieux, à glycosurie intermittente, où l'accroissement de la faim, de la soif, de l'urination sont souvent peu marqués, peut durer 30 ans et plus, est aussi héréditaire que la goutte et la gravelle, et, pour résumer les différences dans une formule, M. Lancereaux conclut: le diabète gras est une maladie de la nutrition, et le diabète maigre une maladie de la digestion (1).

V

M. H. Leroux, dans une thèse récente, nous a initiés aux quelques particularités que le diabète présente chez l'enfant (2).

Rare à vrai dire à cet âge, il se montre de préférence entre onze et quatorze ans, et paraît reconnaître assez souvent l'hérédité comme cause. Les symptômes généraux ne diffèrent sans doute que par des nuances de ceux qu'on observe chez l'adulte. La proportion de sucre est relativement plus considérable, elle peut aller jusqu'à 1 kilogramme en 24 heures pour 15 litres d'urine. La gingivite ulcéreuse, la carie dentaire, le muguet sont fréquents, ainsi que les lésions des organes génitaux, érythème vulvaire, balano-posthite et phimosis.

Le diabète gras ne s'observe guère chez l'enfant, l'amaigrissement apparait d'emblée, et une marche rapide amène la mort entre un mois et deux ans. La terminaison fatale se fait souvent au milieu des phénomènes qu'on a attribués, dans une certaine théorie, à *l'acétonémie*, agitation, nausées et vomissements, dyspnée, coma.

Ce diabète est un monde; après deux articles consacrés à l'examen des travaux récents qui ont paru sur cette affection, au seul point de vue clinique, nous avons encore laissé dans l'ombre plus d'un point qui a son importance. Peut-être cette course à travers une symptomatologie aussi variée que touffue a-t-elle un peu lassé la patience de nos lecteurs; mais peut-être aussi auront-ils entrevu plus d'un horizon encore neuf, plus d'une échappée inexplorée. PAUL GERNE.

(1) *Union médicale* 188?
(2) Thèse de Paris, 1881.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Plaintes et récriminations professionnelles.

Monsieur le Directeur,

La publication du numéro du *Concours médical* du 13 mai (Rapport Geoffroy) va sans doute faire tomber bien des préventions qui pesaient encore sur nous. Tous les hommes de bonne foi peuvent voir désormais que nous avons l'intention de défendre nos droits, sans réclamer aucun privilége, et que le bien de la société nous guide autant que l'intérêt particulier de notre profession.

J'arrive donc un peu tard pour répondre à une objection qui a été faite devant moi contre le *Concours*, et dont je vous avais déjà fait part.

On a dit que nous étions trop disposés à nous plaindre, parfois sans motif, et toujours avec exagération. Assurément une résignation stoïque à nos petites misères professionnelles aurait plus de fierté que des lamentations trop fréquentes, mais les vrais artisans du progrès ne sont pas généralement les esprits contemplateurs et résignés.

Ce qui a pu égarer l'opinion de quelques confrères, et les détourner de nous jusqu'à ce jour, c'est sans doute qu'ils n'ont pas remarqué la limite exacte à établir entre les revendications du *Concours* et les réclamations de ses correspondants. Le journal a publié un grand nombre de lettres particulières — et il a bien fait, c'est là son but, et sa raison d'être, — où l'on allait plus loin que son opinion, à mon tour, je viens demander l'hospitalité de ses colonnes pour un exposé de principes où, presque sûrement, je vais rester en deçà.

On se plaint un peu de tout et de tous, de son client, de son confrère, du pharmacien, de M. le curé et de la sœur Trois-Étoiles, du juge d'instruction, de M. le préfet, du bureau de bienfaisance, du service militaire, de l'assiette de l'impôt, des compagnies de chemin de fer, etc. etc.

On ne se plaint jamais de soi, des concessions qu'on a pu faire, et qu'on regrette, parce qu'elles entraînent à d'autres concessions, ou bien encore de l'indécision que souvent on manifeste, quand on a le choix entre la vanité d'une fonction honorifique et le principe positif du rien pour rien.

« Notre client manque souvent de reconnaissance, et oublie parfois de nous payer. »

Pour ce qui est de la reconnaissance, passons, si vous le permettez. Quand nous n'aurons plus d'autre *desideratum*, nous vivrons parfaitement à l'aise.

Si le client solvable oublie de payer, c'est notre faute. Au bout d'un certain laps de temps, impossible à déterminer d'une façon absolue, qui varie avec les coutumes locales et la richesse du pays, nous devons poursuivre nos recouvrements. Notre dignité, nos intérêts, le soin de notre famille sont d'accord sur ce point.

Invoquera-t-on la prescription dont le délai est trop court? Le fait doit être bien rare. Dans mon pays, les gens aiment mieux, suivant leur dire, « devoir toute leur vie que renoncer leurs dettes. » C'est en cas de décès que le recouvrement de nos honoraires peut devenir difficile à nos héritiers. Le remède est-il si difficile à trouver? Obtenons que le délai pour la prescription soit un peu augmenté, et alors, au client retardataire, nous pourrons demander, à défaut d'espèces sonnantes, au moins une signature qui annule la prescription.

« Les honoraires sont trop peu élevés. » Demandez davantage. Seulement, prenez garde, il y a là une question d'offre et de demande : si le médecin coûte plus cher, on y aura recours moins souvent, je vous assure qu'il en sera ainsi à la campagne. C'est un point d'arithmétique à étudier : cherchez le taux qui donne le rendement maximum, avec le minimum de travail, si vous voulez compléter les données du problème.

« Notre client nous quitte sans motif, et notre confrère nous le prend volontiers. » Vous admettrez bien que le client, celui qui paye, je m'occuperai plus loin de l'assistance médicale, a le libre choix de son médecin. Notre voisin a le droit de se confier à un médecin plus éloigné. Conséquence : aucune récrimination n'est de mise contre le confrère qui viendra de plus loin soigner notre voisin, à charge de réciprocité, bien entendu.

La concurrence sera donc permise entre médecins? Certainement, et aussi la lutte pour l'existence, dont le regretté Darwin a montré la bienfaisante influence. Mais alors nous aurons bientôt l'exercice à prix réduit, et les tarifs de pénétration, et les assauts de prévenances allant jusqu'à l'obséquiosité? Non, pas d'une façon inévitable : cela ne se passe pas tout-à-fait ainsi dans le commerce, et nous pouvons bien admettre que nous sommes aussi bien élevés que les commerçants. Si, par hasard, l'expérience allait démontrer que l'entente réciproque, que l'échange de procédés loyaux, que la dignité sévèrement maintenue, sont choses plus avantageuses, au simple point de vue pécuniaire, que la concurrence de tout à l'heure, il faudrait, en saine philosophie positive, s'incliner devant l'expérience. Eh bien! Cherchez autour de vous, je crois qu'elle est faite. Vous semble-t-elle insuffisante, attendez, les syndicats qui s'organisent en maint endroit, sous l'impulsion du *Concours médical*, vont élargir votre champ d'observation. Que si quelque confrère refuse l'entente amiable et digne, laissez-le dans son isolement sans récriminations, qui lui serviraient de réclame, et je doute qu'il en profite longtemps.

Le client a le droit de changer son médecin, même dans le cours d'une maladie ; c'est à ce moment, qu'à tort ou a raison, le plus souvent à tort, il en éprouve le besoin. Pour ce cas, tolérance réciproque doit être notre ligne de conduite. Et s'il nous faut une consolation, disons-nous, comme le personnage de la fable, que les clients que l'on perd ainsi ne sont pas généralement ceux qu'on

doive envier à son voisin. A une condition, toutefois, je soumets le droit du client à nous remercier, c'est celle de solder préalablement sa note d'honoraires, et le second médecin devrait l'exiger.

« Tout le monde fait de la médecine, et cela nous porte préjudice; et la loi qui nous protège en théorie ne réprime en réalité les écarts de personne. »

Chacun a-t-il le droit primordial de se soigner à sa fantaisie, et de se confier à qui bon lui semble? Quelques esprits absolus l'admettent. En fait, il n'y a pas de droits primordiaux, les droits résultent d'une convention établie dans l'intérêt des contractants, et la question doit être posée de la façon suivante: dans notre société française actuelle, y a-t-il moins d'inconvénients à réglementer qu'à laisser libre l'exercice de la médecine? Le rapport de mon collègue Geoffroy nous rappelle que l'expérience a été faite, il y a près de cent ans, et qu'elle a été assez probante en son temps pour donner peu d'envie de la recommencer de nos jours.

Tout acte d'exercice illégal se traduit en fin de compte par une opération ou une délivrance de médicaments. Mais il est bien difficile d'être absolu dans la répression. A qui veut se procurer quelques grammes d'onguent gris, par exemple, pour se débarrasser d'une colonie incommode, il serait certainement trop rigoureux d'imposer une consultation d'au moins deux francs.

La même réserve s'appliquera au pansement d'une simple écorchure, dans une région inaccessible au blessé lui-même, mais où le premier voisin venu pourra appliquer une compresse d'eau phéniquée ou coller une plaque de taffetas.

Pour ma part j'admettrais parfaitement le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, préparé par le Conseil d'état, et qui fait je ne sais où l'école buissonnière sur le chemin du Parlement.

Le Codex est divisé en trois sections:

A. Médicaments dont la vente et l'acquisition sont libres;

B. Médicaments dont l'acquisition est libre, mais dont la vente est réservée au pharmacien;

C. Médicaments qui ne peuvent être délivrés que par le pharmacien, et sur ordonnance médicale.

Il est vrai que les pharmaciens ne veulent pas admettre l'existence de cette troisième série; volontiers aussi ils supprimeraient la première, ce qui peut contribuer à nous éclairer sur leurs motifs. Ce même projet leur est cependant bien favorable sur un autre point : il refuse au médecin le droit de fournir des médicaments à ses moins de malades à huit kilomètres de la résidence d'un pharmacien. C'est peut-être un peu loin dans certaines régions, mais en ce temps de décentralisation, on nous accorderait sans doute une mesure différente pour la plaine et pour la montagne.

Sauf ces tolérances de détail, la loi devrait être rigoureuse, et rigoureusement appliquée contre l'exercice illégal de la médecine. Et surtout il faut que le ministère public poursuive *motu proprio*, sans intervention obligée de notre part.

« L'administration nous exploite, elle exige de nous une foule de services qu'elle rétribue d'une façon dérisoire. » Elle exige... C'est une façon de parler : nous avons parfaitement le droit de refuser notre concours, excepté dans les cas d'urgence qui sont très rares. Vous voulez que je fasse une autopsie? C'est contraire à ma santé, et puis je ne possède pas les instruments nécessaires : allez chercher le médecin ordinaire du tribunal.

Cependant les diverses administrations ont besoin d'un service médical.

Il faut organiser la médecine publique. La question est à l'ordre du jour, on la traite en ce moment dans la presse médicale, à la Société d'Hygiène, voire même dans les conseils généraux. Je me propose d'y consacrer un article spécial.

Pour aujourd'hui, je crois avoir suffisamment démontré qu'il dépend de nous de sauve garder envers et contre tous notre dignité et nos intérêts.

Veuillez agréer, etc. Dr A. Rabourdin.
(*de Voves.*)

Nous appelons d'une façon toute particulière les méditations de nos lecteurs sur l'esprit et les tendances du remarquable article de notre distingué collaborateur M. le Dr Rabourdin.

En le remerciant de cet article de précieux concours, nous l'invitons chaleureusement à donner une longue suite à ces réflexions si judicieuses dont le *Concours médical* tirera le plus grand profit.

II

LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS ET LES MÉDECINS DE COMPIÈGNE

M. le Dr Wurtz, dans une lettre fortement motivée, avait résigné ses fonctions de médecin des Sociétés de secours-mutuels. Aucun médecin n'était disposé à accepter sa succession, par les mêmes motifs qui obligeaient M. Wurtz à se démettre ; on fit appel à la publicité pour trouver un titulaire.

Répondant à cette invitation, un médecin de *Nozeroy*, dans le Jura, *M. le Dr Maigrot*, s'est abstenu, à son arrivée, de faire à ses honorables confrères de la ville (moins un) la visite déontologique. Il n'a pu, par conséquent, recueillir, de leur bouche, les renseignements que comportait la circonstance: il aurait dû s'étonner, pourtant, que la somme de trois mille francs qui lui était offerte par les journaux ne fut pas recherchée par eux.

Quoi qu'il en soit, pour réaliser la somme annoncée, M. le Dr *Lesguillons* recevait le lendemain de l'arrivée de M. Maigrot, la lettre suivante de *M. Chovet*, maire de la ville.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que M. le Dr Maigrot est désormais chargé de l'inspection médicale des écoles publiques, de la constatation des naissances et décès ; enfin du service des mœurs.

Il entrera en fonctions *demain*, 8 avril.

Veuillez agréer Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée. CHOVET.

C'est court, c'est sec ; pas un mot d'éloge, pas un mot de regret, c'est de la justice sommaire. M. Chovet, Président la la *Fraternelle*, aurait-il oublié qu'il est aussi *maire de Compiègne* ?

Le Dr *Lesguillons* a immédiatement riposté par sa démission de Médecin du Bureau de bienfaisance, et M. le Dr *Chevallier* en a fait autant.

Compiègne, 13 avril 1882.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de médecin du Bureau de bienfaisance. En m'effaçant, j'exprimerai le vœu que mon successeur soit aussi désintéressé que je l'ai été moi-même.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Docteur LESGUILLONS.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que les procédés sommaires dont vous faites usage à l'égard du corps médical ne me permettent pas de conserver plus longtemps les fonctions, essentiellement gratuites que j'exerce depuis quatorze ans ; je ne doute pas, d'ailleurs, que vous ne rencontriez chez mon successeur le même désintéressement. J'ai donc l'honneur de vous adresser ma démission de Médecin du Bureau de bienfaisance.

Veuillez agréer, etc. Dr CHEVALLIER.

On va désormais rémunérer ces deux places, et probablement les offrir à M. *Maigrot*.

Mais celui-ci ne connaissait toujours pas ses confrères ; il se décida pourtant à leur faire visite, la semaine dernière, et ne rencontra que leur doyen, le très honorable docteur *Canivet*.

Les médecins de Compiègne se sont réunis, entendus et ont adressé à M. Maigrot, la lettre suivante :

Compiègne 23 avril.

Monsieur,

La position fausse dans laquelle vous vous trouvez devant vos confrères ne vous permet pas de vous étonner s'ils ne veulent avoir avec vous aucun rapport; c'est une détermination très grave de leur part, ils le sentent bien ; mais les circonstances sont telles qu'elles ne comportent pas la moindre hésitation.

Cette détermination n'a rien qui vous soit *personnel* ; elle est la conséquence forcée des procédés de la *municipalité* dont vous partagez la responsabilité vis-à-vis du corps médical.

Veuillez agréer, Monsieur, nos civilités : *Canivet, Fourrier, Chevallier, Lesguillons, Wurtz, Lemaire.*

Les places, dites municipales, état civil, dispensaire, etc., étaient occupées depuis sept ans par le docteur Lesguillons, elles lui rapportaient environ 800 fr. il les a remplies, à la satisfaction générale, puisque jusqu'à l'arrivée du Dr Maigrot, on n'a point songé à l'en déposséder.

Quant au Bureau de bienfaisance, il n'a jamais été rétribué. Il avait deux titulaires, M. le Dr Lesguillons, M. le Dr Chevallier. On va probablement confondre les deux places en une seule et rémunérer le titulaire qui sera évidemment le Dr Maigrot, et le combler ainsi d'honneurs et de profits, pour lui ôter toute envie d'imiter le Dr Wurtz, et le fixer d'une façon irrévocable à cette Société Fraternelle que l'on fera vivre quand même pour bien des raisons.

Il est encore possible, cependant, que notre honorable confrère, M. Maigrot, se rende un compte exact de la situation qu'on veut lui faire et qu'il refuse les honneurs dont on le comble momentanément. La solidarité professionnelle doit être la règle de conduite de tout médecin. M. le Dr Maigrot s'en inspirera. C'est notre plus cher souhait.

Nous regrettions que le *Syndicat* n'existât point à *Compiègne* ; ce qui précède prouve qu'il existe virtuellement, puisqu'il fonctionne.

Il y a un post-criptum à ajouter au récit qui précède :

Il faut croire que la *Commission de Bienfaisance* n'est pas satisfaite de la nouvelle combinaison; elle a, le 16 courant, délégué son *Vice-Président* (le maire étant président de droit) auprès de chacun des médecins de la ville pour les inviter, moyennant une allocation raisonnable, à reprendre le service des indigents. Ceux-ci ont répondu par la lettre suivante :

Monsieur le Vice-Président,

Vous avez fait, auprès de chacun de nous, une démarche courtoise pour nous inviter à reprendre, avec une rémunération convenable, le service du Bureau de Bienfaisance.

Le corps médical avait toujours assuré l'autorité municipale de son plus complet désintéressement, et il l'eut continué encore, si une mesure arbitraire et imméritée, n'était venue frapper un de ses membres, et le forcer à changer d'attitude. Il persistera dans cette abstention, tant que réparation ne lui aura pas été donnée.

« Nous serons tous heureux de donner comme par le *passé* nos soins *essentiellement gratuits* aux indigents de la ville. »

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération,

Drs CANIVET, FOURNIER, CHEVALLIER
LESGUILLONS, WURTZ, LEMAIRE.

III

LES HONORAIRES EN ANGLETERRE.

« Les honoraires que reçoivent les médecins « français sembleraient bien minces à leurs con« frères anglais.

« J'ai appris, par des discussions récentes dans « les journaux, que plusieurs praticiens de Lon« dres qui tiennent le haut du pavé, avaient élevé « récemment leurs prix à 2 guinées pour une pre-

« mière consultation. A Paris, les meilleurs mé-
« decins acceptent 20 fr. pour une consultation « chez eux et 40 fr. s'ils la donnent à domicile ; « mais un sentiment exagéré de délicatesse pro- « fessionnelle qu'ils regardent comme une règle les « empêche de demander au malade plus qu'il ne « lui plait de donner.

« La table d'un docteur occupé est parsemée de « pièces d'or qui, par leur présence, semblent « insinuer qu'il a reçu pour honoraires un, deux « ou trois louis. Mais si le malade dépose 10 fr. « ou même 5 fr., il reçoit les salutations et les re- « merciements sans réclamation, le docteur se » persuadant, souvent à tort, que le malade a » donné ce qu'il pouvait.

« Dans les villes de province 5 fr. est le prix « ordinaire, mais 2 fr. sont souvent donnés par « des gens qui devraient faire mieux.

« 2 fr. est le prix invariable que les médecins « de campagne comptent leur visite quand ils en- « voient leur note à la fin de l'année.

« On est honteux de dire que ces notes du doc- « teur donnent lieu souvent au plus déplorable « marchandage, car cette opinion fausse est répan- « due chez les paysans français et les ouvriers, « qu'un médecin doit se regarder comme un phi- « lanthrope et payer sans doute les notes de son « boucher avec les simples remerciements de ses « malades.

« Un médecin de campagne soigne un paysan « dans une situation aisée, propriétaire, et cela « pendant des jours et des semaines, il fournit les « médicaments, arrive à le guérir et à la fin de « l'année est regardé comme quelqu'un qui ne « cherche qu'à extorquer de l'argent, parcequ'il « a demandé une somme qui pourra à peine payer « l'usure de son cabriolet et les accidents de son « cheval.

« Quelques médecins reçoivent un salaire régu- « lier des associations médicales, mais c'est la pire « des manières de faire, car chaque membre de « l'association ne se fait pas faute d'employer « cinq ou six fois la valeur de sa souscription en « visites du médecin, même quand il n'en a pas « besoin.

« Le médecin qui s'occupe de politique peut être « tenu en partie responsable pour cet étrange état « de choses et je crains qu'il ne rende de bien « d'autres façons un déplorable service à ses col- « lègues qui ne se mêlent pas de politique.

« Si un paysan entend dire que dans un village « un jeune médecin, qui a des ressources particu- » lières, s'efforce de se rendre populaire en refu- » sant tout paiement et en donnant des médica- » ments, voire même quelquefois du vin, des » cigares et des vêtements, il est amené à conce- » voir une déplorable opinion de son propre mé- « decin qui travaille sans relâche et ne peut courir « à cheval dans toute la campagne pour rien. « L'étiquette professionnelle devrait engager « les médecins à s'entendre entre eux en matière « d'honoraires, mais il n'en est rien. Némésis, « cependant, comme nous l'avons dit plus haut, « enlève ce docteur entreprenant qui, devenant « trop populaire, est récompensé par un siège au « conseil municipal, mais ne peut jamais obtenir « de ses malades d'être envoyé à Versailles... »

(*Extrait et traduit du Daily News.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Du traitement de la blennorrhagie par le permanganate de potasse.

M. le Dr Gourgues a étudié dans le service du Dr Boureau, à Saint-Lazare, l'action du permanganate de potasse dans la blennorrhagie. Voici les conclusions du travail qu'il a fait à ce sujet.

I. Le permanganate de potasse est un médicament désinfectant, antiseptique, doué de propriétés astringentes, variables suivant les doses.

II. L'action du permanganate de potasse porte principalement, d'une façon remarquable, sur les éléments du pus en général et du pus blennorrhagique en particulier. Cette action franchement antiseptique peut s'expliquer par la décomposition chimique des particules purulentes et leur oxydation immédiate sous l'influence de cet agent.

III. Le permanganate de potasse, par son action directe sur le pus, prévient l'auto-inoculation, c'est-à-dire la contagion des parties saines par le pus des parties malades.

IV. Son action sur les muqueuses malades est analogue à celle des autres astringents. Le degré d'astriction est faible avec une solution à 1 gramme pour 500 ; plus appréciable, mais encore supportable sans douleur réelle, avec une solution à 1 gramme pour 250 grammes d'eau.

V. Par suite de son action sur les matières organiques, le permanganate de potasse doit être employé en solution dans l'eau distillée.

VI. Il peut être injecté sans inconvénient dans la vessie.

VII. Il résulte des observations précédentes que l'action de ce sel est rapidement bienfaisante dans la blennorrhagie. L'écoulement de la forme aiguë peut-être supprimé définitivement dans les douze jours de l'application du médicament, pour la moyenne, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir les balsamiques. Dans la forme chronique, son application n'est pas moins efficace, mais peut demander un temps légèrement plus grand.

VIII. L'action du permanganate de potasse modifie avantageusement la sécrétion pathologique de l'utérus.

IX. On ne doit avoir recours au permanganate de potasse pour obtenir la guérison, dans la moyenne sus-énoncée, qu'après la chute complète des phénomènes inflammatoires du début dans la blennorrhagie aiguë. D'un autre côté, le régime doit être rigoureusement observé, et il est utile de recourir aux bains et aux tisanes diurétiques, pendant la durée du traitement.

X. Le permanganate de potasse offre un seul inconvénient, sa décomposition au contact du linge et la tache qui en résulte. Cet inconvénient

est facile à combattre, en ayant soin d'employer, pour le lavage du linge, de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, ou de sel d'oseille, ou bien encore acidulée avec le suc d'un citron.

XI. Le permanganate de potasse a donné d'excellents résultats par ses qualités désinfectantes et antiseptiques, dans le traitement de nombreuses affections : ozène, otorrhées, cystites, plaies cancéreuses ou diphthéritiques, etc.

On sait qu'il résulte des expériences faites dernièrement par M. de Lacerda que le permanganate de potasse paraît être l'antidote du venin des serpents, quand il est administré sous la forme d'injections hypodermiques, quelques minutes après la morsure. (*A Suivre.*)

REVUE CLINIQUE

Accouchement prématuré artificiel.

Douches vaginales à large courant, éponge préparée, rupture artificielle des membranes chez une femme enceinte de huit mois ; accouchement d'un enfant vivant. Leçons de M. le professeur Depaul.

Le fait dont je vais vous entretenir aujourd'hui n'appartient pas à la pratique hospitalière, mais à celle de la ville, et l'intérêt qu'il présente m'a paru assez considérable pour devoir vous en entretenir. Ce fait est absolument récent, et ses dernières péripéties datent de cette nuit même.

Il s'agit d'une femme du monde qui en était à sa troisième grossesse, laquelle était parvenue à huit mois et une semaine environ ; cette nuit, lorsqu'elle est accouchée, atteinte d'un rétrécissement du bassin tel que celui-ci présentait un diamètre antéro-postérieur de 8 cent. 1/2 à 8 cent. 3/4. J'avais été appelé par un confrère, médecin ordinaire de la maison, qui préférait, en pareil cas, me confier sa cliente, d'autant plus qu'il serait nécessaire de pratiquer un accouchement prématuré artificiel.

Pour le succès de tout accouchement de ce genre, il importe beaucoup que l'enfant se présente par la tête, car cela simplifie notablement les choses. Mais il n'en était pas ainsi, chez cette jeune femme et de plus l'enfant avait une très grande mobilité dans ses membranes, dont le liquide paraissait être en quantité relativement considérable. Par des manœuvres fréquemment répétées à travers les parois abdominales, je m'exerçai pendant huit jours à obtenir une bonne présentation de l'enfant la tête en bas, et, lorsque j'y fus parvenu, je m'efforçai de l'y maintenir au moyen d'un bandage en T appliqué sur le ventre de la femme, en y ajoutant de chaque côté un fort tampon de ouate, de forme allongée, bombé au milieu et mince à la périphérie, pour rétrécir le diamètre vertical dans lequel l'enfant se mouvait avec une trop grande facilité.

Tant que ce petit appareil était en place, l'enfant restait dans la position que je lui avais assignée; mais dès que je retirais les tampons immédiatement il reprenait sa mobilité primitive.

Enfin, après avoir décidé avec mon confrère qu'il était temps d'intervenir, je me rendis chez ma cliente samedi dernier, emportant les morceaux d'éponge préparée destinés à commencer les premières manœuvres de l'accouchement prématuré artificiel. Je préférai d'autant plus ce procédé qu'à la suite de ces deux premiers accouchements le col avait été profondément déchiré.

J'introduisis donc, séance tenante, au moyen du spéculum, d'abord une première éponge de la grosseur du doigt indicateur, et la poussai jusque vers l'orifice interne du col, puis une seconde éponge destinée à maintenir la première en place.

Un quart d'heure ne s'était pas écoulé que les premières douleurs commencèrent par les reins et dans le bas du ventre; nous avions une bonne présentation occipito-illiaque gauche antérieure, le dos était tourné en avant et à gauche, la tête en bas. Les douleurs se dessinèrent de plus en plus pendant une partie de la nuit et toute la matinée du lendemain. A midi, j'avais de nouveau rendez-vous avec mon confrère, et, pendant le cours de cette visite, je pus m'assurer que les éponges étaient restées convenablement en place. La première était devenue énorme et formait comme un gros bouchon dans la cavité du col. Celui-ci était, par suite, extrêmement dilaté.

Comme il peut être dangereux de laisser trop longtemps pareille éponge dans l'utérus, où bientôt elle acquiert une odeur plus ou moins forte et peut donner lieu à des phénomènes plus ou moins graves de septicémie, — j'ai eu plus d'une fois l'occasion de le constater, — je retirai ladite éponge. Peu de temps après, toute contraction utérine s'arrêtait, et la femme, fatiguée par des douleurs qui n'avaient pas cessé depuis la veille au soir, s'endormait bientôt. Je la revis dans la soirée, les douleurs n'avaient pas reparu. De plus, en pratiquant le toucher, je constatai que le col, precédemment si dilaté, était revenu sur lui-même au point que ses bords se touchaient. Néanmoins il restait facilement dilatable.

J'engageai la femme a faire un peu d'exercice dans sa chambre, afin de faciliter le retour des contractions; mais rien ne revint encore, et toute la nuit du dimanche au lundi elle dormit d'un très bon sommeil. Lundi, après lui avoir fait prendre un grand bain, les douleurs n'était toujours pas revenues. Je décidai d'avoir recours dans la soirée à un autre moyen, aux douches vaginales selon la méthode ds Kiwisch, c'est-à-dire faites au moyen d'un de ces grands irrigateurs, véritables canons Krupp, qui peuvent contenir facilement cinq ou six litres de liquide (de l'eau à 38 degrés centigrades environ).

L'appareil est muni d'un long tube en caoutchouc, dont l'extrémité n'est pas en arrosoir, mais se termine par une canule percée d'un seul trou. La femme étant placée convenablement au bord du lit, de façon que celui-ci ne soit pas souillé par l'eau, on pratique l'injection, laquelle dure environ six minutes.

A peine un premier jet fut-il lancé sur le col,

que la femme sentit son ventre se desserrer, en même temps qu'il devenait dur; c'est un phénomène curieux, à peu près constant, de contractilité utérine, pendant lequel le corps de l'utérus se rétracte et remonte vers le détroit supérieur.

Enfin, hier, le travail ne se déclarant toujours pas, j'ai fait dans la journée trois nouvelles injections, l'une à sept heures du matin, la seconde à midi, et la troisième à cinq heure et demie du soir. Les mêmes phénomènes ne sont reproduits accompagnés chaque fois d'une petite série de douleurs, mais ce fut tout. Ce que voyant, j'ai fait prévenir le médecin de la maison que je viendrais à neuf heures et demie. Dès mon arrivée, je lui exposai le plan que je comptais suivre, et dont il voulut bien, du reste, me laisser l'absolue direction.

Eponges et douches ayant été insuffisantes dans leur action, il devenait nécessaire de les compléter par une nouvelle manœuvre, celle de la rupture prématurée des membranes. Ce n'est pas sans une certaine appréhension que j'y procède, dans le cas de rétrécissement du bassin, car il peut arriver que le cordon ou l'un des membres de l'enfant vienne à s'engager en même temps que la tête. Ici, j'avais quelque peur de voir les membres s'engager d'après les mouvements de l'enfant. Il n'en a rien été heureusement, et j'ai profité du moment où la tête seule me paraissait engagée pour aller gratter les membranes et les rompre. J'ai eu quelque difficulté à y parvenir, par cela même qu'elles étaient comme collées sur la tête. Néanmoins la rupture s'est faite et a donné issue à un litre et demi de liquide amniotique.

La tête est venue s'appliquer davantage contre le détroit supérieur ; pourtant je laissai encore en place, pendant deux heures, mes tampons de ouate. A minuit, les douleurs s'accentuant assez fortement et la tête restant bien placée, je retirai mon bandage la tête s'engagea davantage; à une heure du matin, elle était dans la cavité pelvienne. Cependant la contractilité de l'utérus restait assez faible aussi, le travail marchant lentement, je dus songer à faire une application de forceps, d'autant plus que j'avais constaté chez cette femme, bien quelle fut encore jeune, l'existence d'une petite affection valvulaire du cœur.

J'attendis néanmoins encore quelques instants, pendant lesquels j'eus recours à un de ces petits procédés que connaissent bien les sages-femmes, c'est-à-dire au toucher vaginal, le doigt pressant sur le périnée, ce qui donne constamment à la femme un besoin de pousser et lui fait, pour ainsi dire, l'effet d'un suppositoire. Presque aussitôt, la tête s'avançant apparaissait à la vulve et l'enfant venait au monde, un peu pâlot. J'attendis quelques instants qu'il fût convenablement revenu à lui pour couper le cordon; je délivrai ensuite la la femme, et lui administrai un gramme de seigle ergoté en deux paquets à cause du peu d'énergie de la matrice et des craintes d'hémorrhagie qu'elle entraîne par suite avec elle.

Enfin, ce matin, je l'ai quittée à deux heures et demie, heureuse d'avoir un enfant pesant bien près de six livres, venu, comme je vous le disais en commençant, à huit mois et une semaine.

J'ai tenu à vous raconter cette observation, en raison des petits détails que nécessite souvent, dans certains cas, l'avortement prématuré artificiel, et pour vous prouver une fois de plus que l'obstétrique est une science sérieuse qui a des règles précises, grâce auxquelles on peut arriver à des résultats heureux dans les cas mêmes souvent les plus difficiles. (*Gazette des hôpitaux*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

La Presse médicale et les syndicats.

Lorsque la Presse s'empare d'un problème et l'examine sérieusement, c'est que la question posée répond à une situation spéciale que des circonstances particulières ont créée, et qu'il importe de la résoudre au plus tôt. Aussi n'est-il pas étonnant de voir surgir, à côté des grandes questions sociales, d'autres questions dont la portée est moins générale, sans doute, mais dont la solution intéresse et passionne toute une classe de citoyens. Ainsi, en nous plaçant au point de vue médical, voyons-nous l'étude de la création de *Syndicats médicaux* abordée dans la Presse scientifique, et le bruit qui se fait un peu partout autour de cette institution prouve surabondamment qu'il y a quelque chose à élaborer.

A côté des partisans convaincus et zélés des *syndicats*, il y a les adversaires plus ou moins résolus, puis ceux qu'éloigne, pour le moment du moins, un motif plus ou moins spécieux ou de sentiment. Il y a aussi ceux qu'effraie la difficulté de la tâche et que la crainte d'un insuccès dans l'avenir paraît river indissolublement au passé. Dirai-je encore qu'un bon nombre de confrères sont retenus par la crainte de voir les *Syndicats médicaux* chercher à ruiner le prestige et l'influence de l'*Association générale* ! Nous reviendrons, plus tard, sur cette question, et nous montrerons tout le mal fondé de cette crainte, en prouvant, au contraire, que les *Syndicats* peuvent être l'auxiliaire le plus utile et le plus efficace de cette belle institution. Pour le moment, voulant que les lecteurs du *Concours* soient tenus au courant de ce qui se dit et s'écrit au sujet des syndicats, nous allons entreprendre avec eux une promenade à travers la Presse médicale, et nous commencerons, s'ils le veulent bien, par le *Journal de Médecine de Bordeaux*.

Le Dr *Saint-Philippe*, reconnaît d'abord l'intensité du courant qui pousse actuellement le corps médical vers la création des *Syndicats* : il est vrai qu'il faudrait être un peu aveugle pour ne pas s'en apercevoir. — Il admet assez volontiers que nous avons des raisons, et même de bonnes raisons, pour abandonner les anciens errements et nous engager dans de nouvelles voies, c'est-à-dire suivre ce grand mouvement qui est dans l'ordre même de la nature et qui, fatalement, entraîne hommes et institutions vers ce but idéal : l'adéquation des besoins ressentis et des moyens mis en œuvre pour les satisfaire. Ce qui semble surtout le rendre perplexe, c'est la difficulté de la tâche. Il ne faut pas se le dissimuler : il y aura à vaincre de grandes difficultés, mais non des difficultés insurmontables, pourvu que chacun veuille bien y apporter un peu de bonne volonté.

Abordant la question avec une sorte de défiance, le Dr Saint-Philippe prétend que le médecin, s'il veut bien, *peut lutter seul contre l'envahisseur.* C'est possible, mais alors, neuf fois sur dix, il aura le dessous et nous ne voulons pas oublier que pour être forts nous devons être unis.

Et puis notre honorable confrère a peu de goût, (c'est lui qui nous le dit) pour le *gouvernement des masses non disciplinées* composées de médecins, ces hommes *les plus jaloux de leur liberté et de leur indépendance*, exerçant la *profession la plus libre, la plus libérale* de toutes, se prêtant moins que toute autre aux tentatives ayant pour but de la faire mouvoir dans un cadre tracé... Bref, il n'a pas confiance (*Journal de médecine de Bordeaux*, p. 363.)

Liberté, indépendance, dignité professionnelle!!...... Toujours le même air avec lequel on nous berce! Nous aussi, nous sommes jaloux de notre liberté et de notre indépendance et nous n'entendons pas les aliéner; nous aussi nous plaçons bien haut la dignité professionnelle et nous avons la prétention de la sauvegarder. Ce n'est pas l'adoption de régles librement discutées et consenties qui constituera l'aliénation de ces nobles prérogatives. S'il en était ainsi, toute *association*, disons plus, toute *société* devraient nécessairement et immédiatement disparaître, car une association quelconque ne saurait exister sans règles. Est-ce que l'*Association Générale* des médecins de *France* n'a pas les siennes, et en est-elle moins honorable et moins honorée pour cela? Pas plus qu'elle, l'*institution des syndicats* ne saurait se passer de règles; voilà tout.

Néanmoins M. le Dr Saint-Philippe ne veut pas conclure contre les Syndicats. Associez-vous, dit-il, si tel est votre goût; mais choisissez avec soin vos compagnons de route, si vous ne voulez pas faire naufrage. Sans doute, rien n'est parfait dans ce bas monde, pas plus les hommes que les institutions. L'Association Générale m'a bien l'air de s'en douter un peu, puisqu'elle a prévu le cas où l'un de ses membres devrait être exclus.

Les Syndicats devront faire de même. Ils resteront œuvre de moralisation et de défense professionnelle et ne seront point un instrument destiné à faire *marcher* le client, ainsi que l'insinue le Dr Saint-Philippe à la suite d'une lettre du Dr Sisteray publiée dans le même recueil (p. 376.)

Où nous ne saurions trop approuver le Dr Saint-Philippe c'est quand il écrit : « Il ne faut pas que le client croie » que parce que les médecins veulent être payés, ce sont » des hommes d'argent qu'une piéce d'or ou une autre » peut mettre en mouvement comme un bateleur. Il ne » faut pas qu'il croie, qu'avec sa *pièce à la main*, il » aura toujours, et dans n'importe quelle circonstance, » droit à notre visite ; qu'il nous fera braconner, sans » aucune vergogne, dans la clientéle d'autrui, contrôler » malhonnêtement nos confrères, les remplacer brutalement, bref, commettre ces mille petites vilenies que le » Code pénal n'atteint pas, mais que la conscience condamne sévèrement — Il faut au contraire qu'il sache » que nous sommes décidés à user, les uns vis-à-vis » des autres, des procédés de la plus délicate et de la » plus parfaite courtoisie, et non pas de cette concurrence » éhontée qui ne saurait trouver de place dans notre » profession.... On ne saurait trop résister à cette tendance qu'ont tant de gens de vous mener en *catimini* » auprès d'un malade en cours de traitement... » Voilà précisémment le but que nous poursuivons en créant des syndicats, et nous n'hésitons pas à affirmer que sur ce terrain, les syndicats auront un grand avantage sur l'association, C'est ainsi que l'ont certainement compris les médecins du Havre qui, *tous*, se sont constitués en syndicat : je me trompe, il s'en est trouvé UN qui a refusé pour le moment, donnant pour prétexte les *minces! résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'association générale.*

Mais M. Saint-Philippe a sa marotte, il nous l'assure et il précise en ces termes : » C'est pourquoi je » reste partisan convaincu de notre *Association*, » qui n'est pas parfaite assurément, mais qui fait tout ce » qu'elle peut faire pour faire bien et beaucoup, et qui » travaille notamment avec la plus louable persévérance à développer dans le corps médical les idées et les goûts de saine et haute dignité. » Eh quoi ! n'y aurait-il, par hasard, en dehors de l'Association, aucune saine et haute dignité ! j'aime à croire que notre confrère n'a pas la prétention de la confisquer au profit de l'Association de son choix. Le *Dr Sisteray*, qui s'occupe à Bordeaux de la *création d'un syndicat médical*, nous paraît avoir bien précisé la situation dans la lettre dont il est parlé plus haut [en écrivant ce qui suit : « En poursuivant » l'œuvre des syndicats, je ne cherche qu'à compléter » *l'action limitée de l'Association* par l'adjonction » d'une œuvre indépendante en ce moment, mais dont les » membres seront heureux de fusionner avec elle lorsque » ses actes nous auront prouvé qu'elle poursuit un but » identique. Jusqu'à cette preuve, nous voulons prendre » les mesures que nous croirons les plus convenables » pour :

« 1o Assurer la dignité professionnelle en favorisant les « rapports de confraternité entre médecins et en fixant « certaines régles de déontologie que chacun devra « observer;

« 2o Sauvegarder les intérêts professionnels en établissant un tarif *minimum* par l'emploi des mêmes « moyens; en protégeant chaque médecin contre les abus « dont il aurait à souffrir, soit au point de vue de l'insuffisance des honoraires, soit à cause de la difficulté « ou de l'impossibilité du recouvrement, etc... »

Quoi qu'il en soit, le Dr Saint Philippe finit par ne plus faire trop mauvaise mine aux syndicats. « Le moyen n'est « pas mauvais dit-il, et il ne m'en coûte nullement de « reconnaître qu'il vaut mieux, non pas que tous les « autres, mais que beaucoup d'autres. J'ajouterai même « que le *Journal de médecine de Bordeaux* ne marchanderait pas son concours aux confrères qui le lui réclameraient en cette matière. »

Merci, cher confrère, et vous avez raison : c'est de ce côté que le vent souffle.

Depuis la publication du no 18 où on trouve la liste des syndicats créés, nous avons reçu les statuts du *Syncat de Valenciennes*. Nos félicitations à nos honorables confrères.

Dans le prochain article nous parlerons de la création d'un *Syndicat à Lyon* et des difficultés qui ont surgi.

Dr A. Barat-Dulaurier.
Secrétaire de la commission générale des Syndicats.
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.
Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
10 Juin 1882 — 4me Année. — N° 23

SOMMAIRE

BULLETIN

Nous avons rendu compte, dans un de nos derniers Bulletins (1), de l'argumentation par laquelle M. le Dr Blanche avait cru devoir établir que l'aliénation mentale ne pouvait pas devenir une une cause de divorce. M. le Dr *Luys* est venu soutenir la thèse contraire, et les arguments sur lesquels il s'appuie sont les uns d'ordre purement médical, les autres d'ordre sentimental.

Au point de vue médical, M. Luys admet en principe l'incurabilité de certains états morbides bien définis, bien reconnus, comme la paralysie générale, dans lesquels on peut, dès le début, considérer la maladie comme incurable. Pour les autres formes morbides, il n'est guère moins absolu et il affirme, qu'après avoir observé un malade pendant quatre ou cinq ans, dans un asile, après l'avoir suivi, examiné sous tous ses aspects, un médecin peut toujours arriver à se prononcer sur l'avenir de ce sujet et à le classer, oui ou non, parmi les cas incurables sur lesquels on peut légalement statuer; et qu'en définitive les cas de guérisons tardives que l'on cite sont dépourvus des garanties scientifiques que l'on est en droit de demander à des observations péremptoires.

(1) V. *Concours Médical*, n° 20.

Pour ce qui est du point de vue sentimental, au tableau pathétique de l'aliéné séparé des siens par la maladie, puis retranché de la famille par le divorce et, en fin de compte, privé d'assistance et de foyer, dans le cas où il est rendu à la santé, M. Luys n'a pas manqué d'opposer, comme contre-partie, la situation poignante où se trouve, de son côté, le conjoint bien portant, mais désormais isolé dans la vie, privé de son soutien, de son compagnon naturel, manquant lui aussi de famille, pendant les longues années que durera la maladie. Cette position fausse devient, comme la séparation de corps en général, la source de ménages irréguliers, l'origine d'enfants adultérins qui sont, en somme, les victimes que la loi frappe le plus cruellement.

Quelle serait la marche à suivre pour éclairer le jugement du tribunal, et établir méthodiquement la situation de l'aliéné et celle du conjoint auquel, physiquement et moralement, il a cessé depuis longtemps d'être attaché ? A cette question M. Luys répond :

Je proposerais la formation d'une commission arbitrale, constituée par quelques aliénistes, attachés à des asiles publics ou privés. Cette commission, une fois qu'elle aurait été saisie de la demande de divorce, aurait pour mission de se rendre une fois par mois, pendant une année, auprès du malade, de l'examiner avec soin, de faire un diagnostic et un pronostic, de prendre des notes et de voir ainsi quelles sont les oscillations de la maladie, si elle suit une marche progressive ou rétrograde. Si, au bout d'une année, l'état sta-

tionnaire est maintenu, elle pourra alors formuler son jugement.

Si l'aliéné est déjà complètement en démence avec abolition plus ou moins complète des facultés mentales, le jugement de la commission médicale sera rapidement formulé ; s'il est encore lucide dans certaines limites, et apte à présenter quelques espérances de retour à la raison, la prescription de l'examen mensuel pendant une année permettra d'élucider la question et de se prononcer avec certitude. Le jugement définitif, affirmatif ou infirmatif de l'état de démence confirmée, ne sera donc porté qu'avec une extrême circonspection ; et dans chaque cas particulier, la commission sera toujours toute-puissante pour suspendre son jugement et remettre pour rendre un arrêt définitif.

M. Luys conclut en ces termes : « sans cesse d'être les défenseurs naturels des malades confiés à nos soins, sachons voir ce qui passe autour de nous, dans ces intérieurs de famille dont un membre est disparu moralement. Là, il y a aussi des situations sympathiques, des êtres qui souffrent et qui demandent à la loi un adoucissement à leur douleur et à leurs espérances brisées. A cet égard, l'admission du divorce, quelque pénible qu'elle soit, si on ne se place qu'au point de vue restreint de l'aliéné, deviendra au contraire, envisagée à un point de vue général, une proposition salutaire et douée d'une action véritablement moralisatrice.

« En conséquence, je résumerai ma pensée comme conclusion, dans la proposition suivante à introduire dans la loi : la folie, dans certains cas déterminés, peut être considérée comme une cause de divorce.

«L'Académie, qui avait applaudi la communication de M. Blanche, n'a pas ménagé les marques d'approbation à M. Luys. Les deux thèses, qui sont diamétralement opposées, ont donc rencontré, dans l'illustre Compagnie, le même accueil sympathique, et, par suite, cette question, que l'on croyait résolue dans un sens, reste plus que jamais incertaine et douteuse. En somme, il faut conclure que l'Académie n'a point d'opinion faite en cette matière, ce qui ne contribuera pas à faciliter la tâche que se sont imposée nos législateurs.

Puisque la question ne semble pas encore susceptible d'une solution positive, le mieux serait, à notre avis, de laisser les choses dans la *statu quo*, c'est-à-dire de ne pas faire intervenir la folie parmi les causes du divorce. Pour nous, bien que nous admettions, avec M. Luys, qu'il est des formes d'aliénation mentale dont l'incurabilité ne fait plus de doute au bout d'un certain temps, nous maintenons qu'il est peu désirable de voir les affections médicales, quel que soit l'organe qu'elles atteignent, invoquées comme cause de divorce. Les affections du cerveau ne sont pas, en effet, les seules qui puissent devenir incurables; mais mieux que toutes les autres, elles peuvent, dans la majorité des cas, être prévues longtemps d'avance, et il suffirait bien souvent, pour éviter de s'unir à une personne susceptible de devenir aliénée, de s'entourer de renseignements exacts. Malheureusement c'est plutôt sur la fortune que l'on cherche à être renseigné que sur la santé; et nous croyons que, dans ce cas particulier, le divorce ne ferait qu'exagérer un vice qui n'a déjà que trop de tendance à se développer dans notre société moderne.

Election. — *M. Boudier* (de Montmorency) a été élu correspondant national dans la quatrième division.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

LES GRANDS MÉDICAMENTS.

LE FER.

Nos lecteurs savent à quel point nous sommes éloigné d'afficher, pour la thérapeutique, ce dédain superbe que quelques-uns de nos contemporains semblent considérer comme le dernier mot de la science médicale; nous sommes fermement convaincu des incontestables services que rend chaque jour aux malades l'emploi, — dans des conditions déterminées par l'expérience clinique et l'expérimentation du laboratoire — d'un assez grand nombre de substances médicamenteuses, les unes consacrées par les plus antiques traditions médicales, les autres plus récemment découvertes.

Ces agents thérapeutiques, — dont il nous paraît qu'on ne peut, à moins d'un parti-pris de dénigrement, nier la puissance et l'utilité, forment notre armement journalier contre la souffrance et la maladie; ils sont, pour le médecin, ce qu'est au chirurgien sa trousse de poche ou sa boîte d'urgence.

Sans doute, dans telle circonstance, il est indiqué d'ajouter à cet arsenal usuel le supplément de certains instruments plus compliqués ; mais les premiers suffisent au plus grand nombre des cas

de la pratique. De même, il est loisible au médecin qui se tient au courant des progrès de la chimie moderne, de faire intervenir dans ses prescriptions certaines substances de découverte récente; mais en définitive, en n'ayant égard qu'aux nécessités absolues du train journalier de la pratique médicale, nous estimons qu'on peut faire d'excellente médecine avec un nombre assez restreint d'agents thérapeutiques, que nous appelons volontiers *les grands médicaments*.

Nous réunissons sous ce titre tous ceux dont on ne pourrait se passer et dont l'efficacité n'est pas contestable, bien que, le plus souvent, il soit difficile, sinon impossible, d'expliquer comment leur action efficace se produit. A vrai dire, malgré les honorables tentatives faites de notre temps par les plus savants expérimentateurs, pour nous doter d'une véritable thérapeutique physiologique, il faut avouer que nous ignorons le mode d'action des médicaments les plus usuels, et l'on a pu répéter, sans exagérer trop, qu'au milieu des théories divergentes sur l'action soporifique de l'opium, le plus sage était, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir à l'opinion de Molière sur sa vertu dormitive.

Cette ignorance où nous sommes encore du véritable mode d'action des médicaments que nous prescrivons chaque jour avec le plus de succès, éclate aussi bien à propos du *fer*, sur le compte duquel l'opinion des doctes a souvent varié depuis cinquante ans. Ces variations rendent peut-être excusables quelques esprits chagrins de s'être réfugiés sur les hauteurs d'un scepticisme dédaigneux comme sur les *sapientum templa serena;* mais elles n'ont certainement pas empêché la plupart des praticiens de prescrire du fer à leurs chlorotiques, et avec succès, toutes les fois que le diagnostic était exact.

Il nous a semblé intéressant de passer en revue les opinions des plus autorisés parmi les professeurs de thérapeutique, depuis Trousseau et Pidoux, jusqu'au récent travail de M. Hayem (1) en ce qui concerne la médication ferrugineuse.

I

Un point sur lequel sont d'accord physiologistes et médecins, est la présence du fer dans l'organisme et son indispensable rôle. L'analyse le révèle, disent Trousseau et Pidoux, dans le suc gastrique, les cheveux, l'épiderme le chyle, la lymphe, la bile, les calculs biliaires, le pigment noir des yeux, enfin à l'état de traces dans le lait et l'urine.

Mais la partie la plus importante se trouve dans le sang. C'est un élément propre au globule rouge, ainsi que l'a prouvé C. Schmidt le premier; sa présence dans le sérum, signalée par quelques chimistes, n'est sans doute que le résultat de la dissolution d'un certain nombre de globules rouges dans le sang sorti des vaisseaux et recueilli pour l'analyse (Hayem). Le sang renfermerait, d'après les auteurs les plus compétents, chez l'homme 0,057 pour 100 de fer. Or, suivant Bischoff, l'homme possède 7,7 pour 100 de son poids en sang; ce qui porte à 3 grammes 07, la quantité de fer contenue dans le sang d'un homme de 70 kilogrammes.

Il est admis aujourd'hui que le fer n'est pas diffusé uniformément dans les hématies, mais qu'il appartient en propre à la matière colorante rouge, connue sous le nom d'*hémoglobine*.

Les chimistes n'ont pu encore exactement déterminer sous quelle forme le fer est engagé dans l'hémoglobine; on hésite entre le phosphate basique, le carbonate ferreux, le sous-oxyde de fer, un sel ferrique.

On sait que le rôle physiologique du globule sanguin, ou, comme on dit, la fonction globulaire consiste à fixer l'oxygène; or, c'est l'hémoglobine qui est l'agent de cette fixation, et c'est au fer qu'elle emprunte cette propriété : un atome de fer fixe deux atomes d'oxygène.

L'hémoglobine et l'oxygène forment un composé défini, *l'oxyhémoglobine*. C'est grâce à l'instabilité de cette combinaison que le globule du sang peut jouer son rôle physiologique dans les échanges gazeux, c'est-à-dire, perdre et reprendre alternativement de l'oxygène. Il parait probable que ces mutations sont dues au passage facile et réciproque du fer de l'état de sous-oxyde à l'état d'oxyde (Hayem).

Il était indispensable de rappeler ces données physiologiques et chimiques qui sont, en définitive, le fondement de la médication ferrugineuse.

II

A l'état normal, le fer nécessaire à l'entretien de l'organisme nous est fourni par les aliments en quantité suffisante. Tous les livres classiques contiennent un tableau dans lequel M. Boussingault a classé les aliments d'après leur richesse en fer; on y voit que le sang de porc, de bœuf, puis certains féculents, avoine, lentilles, haricots, le vin rouge, les œufs et la viande sont les substances alimentaires qui introduisent le plus de fer dans l'organisme. L'eau potable elle-même en renferme.

Pour savoir quelle est la quantité de fer nécessaire à l'entretien normal, on peut s'en référer indirectement aux chiffres indiqués par Boussingault pour la ration du marin français — 0 gr. 06 de fer; pour celle du soldat — 0 gr. 07; de l'ouvrier irlandais — 0 gr. 09; du galérien — 0 gr. 05. La quantité moyenne de fer renfermée dans l'alimentation d'un adulte est donc d'environ 0 gr. 07 centigrammes.

Comment les préparations ferrugineuses pénètrent-elles dans l'organisme? — Rappelons-nous qu'elles se divisent en *solubles* et *insolubles*.

On peut les mettre en contact avec la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les diverses muqueuses.

La peau saine n'absorbe pas la plus petite quantité des composés même les plus solubles. Présentant une solution de continuité ou une ulcération,

(1) Bulletin de thérapeutique, 15 avril 1881.

elle absorbe facilement les préparations solubles non styptiques.

Le tissu cellulaire sous-cutané permet l'introduction dans l'organisme, par le procédé des injections hypodermiques, des composés qui ne détruisent pas les tissus, comme le citrate de fer. Les phénomènes locaux inflammatoires paraissent entraver l'absorption des préparations styptiques ou caustiques, comme le perchlorure de fer.

La bouche n'est le siège d'aucune modification pour les préparations insolubles; solubles, on sait que les sels de fer colorent en noir les dents et les gencives, en formant soit un albuminate, un sulfure, un tannate de fer, soit une conbinaison avec la dentine, suivant les auteurs.

Mais ce qu'il importe surtout de connaître, c'est ce qui se passe quand les ferrugineux sont arrivés dans *l'estomac et les intestins*.

Quelques physiologistes, trouvant la quantité de fer éliminée avec les fèces presque égale a celle qui a été ingérée, ont nié l'absorption de ce métal. Aujourd'hui l'opinion générale est que les préparations de fer sont absorbées en notable proportion dans l'estomac, soit que le fer pénètre directement dans le sang sous la forme d'un sel inorganique et que celui-ci se combine avec les substances albuminoïdes du sang, — soit que la combinaison du fer et des albuminoïdes ait lieu directement dans l'estomac et l'intestin avant l'absorption, — soit enfin que les deux procédés d'absorption existent simultanément, comme l'a admis Scherpf, auteur du plus récent travail sur ce sujet.

Si, par exemple, nous ingérons une préparation insoluble, limaile de fer ou fer réduit, d'abord le fer s'oxyde; puis, en présence de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, il se forme du chlorure de fer. La décomposition d'une certaine quantité d'eau, accompagnant cette oxydation, met en liberté dans l'estomac de l'hydrogène qui, combiné au soufre de l'albumine et des aliments, détermine les renvois nidoreux d'hydrogène sulfuré. — Le chlorure de fer forme en partie au fur et à mesure de son absorption, un albuminate de fer, rendu soluble par les bases alcalines du sang. L'autre partie, rencontrant des albuminoïdes ou des peptones dans l'estomac et l'intestin en même temps que des alcalis (chlorure de sodium), forme de l'albuminate ou du peptonate double de fer et d'une base alcaline (sodium), sel facilement assimilable.

Quant aux composés solubles, l'iodure de fer, par exemple, entraine son iode avec lui, probablement aussi en combinaison avec l'albumine ; le métalloïde agit à sa façon et se retrouve bientôt dans l'urine. — Les ferro-et ferricyanure de potassium traversent le sang sans se modifier, et se retrouvent intacts dans les urines.

Quel est le *lieu d'absorption* ? — Récemment Wild, mélangeant au foin consommé par des moutons une quantité déterminée de fer, et pratiquant à certains intervalles l'examen des diverses portions du tube digestif, a établi que le fer diminue par absorption dans l'estomac et dans la première portion de l'intestin, puisqu'il redevient peu à peu plus abondant au fur et à mesure qu'on se rapproche du rectum. Absorbé donc par l'estomac, le fer est d'autre part excrété par l'intestin. Toutefois la majeure partie échappe à l'absorption et colore les selles en noir, soit en formant un tannate avec les aliments, soit en modifiant la bile (Trousseau), soit en donnant un sulfure.

La *voie de pénétration* du fer dans la circulation paraît être les veines mésaraïques qui le conduisent au foie d'abord, et non par les chylifères, puisque la ligature du canal thoracique ne s'oppose pas au passage du fer dans le sang général.

Le fer, qui a été ainsi introduit dans l'organisme, s'élimine constamment, d'autre part, par les voies les plus diverses, la sueur, les débris épithéliaux, la salive mixte, le suc gastrique, pancréatique, la bile et l'urine en combinaison avec la matière colorante (urohématine), les larmes, le lait, les produits d'exsudation (sérosité du péricarde), et surtout l'exonération rectale. Quand on compare en définitive, les quantités absorbées et éliminées par les différentes voies, on arrive à cette constatition qu'à l'état normal l'organisme perd à peu près autant de fer qu'il en absorbe.

Certains physiologistes (Paganuzzi, Lussana) ont prétendu que le fer absorbé n'arrive pas dans le sang général et, qu'arrêté par divers organes, notamment par le foie, il retourne par la bile dans l'intestin sans avoir passé par tout l'organisme. Il nous paraît beaucoup plus vraisemblable que le fer ne passe dans les excrétions qu'après avoir fait partie intégrante des globules. En se détruisant, les vieilles hématies abandonnent la matière ferrugineuse qui les colore ; incessamment d'autres hématies viennent les remplacer après avoir fixé une nouvelle quantité d'hémoglobine.

III

Quelles sont les modifications qui surviennent dans l'organisme sous l'influence des ferrugineux ?

On connait leur saveur astringente et styptique, leur goût d'encre plus ou moins prononcé. A doses faibles, l'estomac les supporte sans aucune souffrance, l'appétit parfois est excité; mais de fortes doses déterminent pesanteur après les repas, gastralgie et pyrosis; bientôt la langue saburrale atteste un véritable embarras gastrique.

Du côté de l'intestin, si chez quelques personnes les ferrugineux amènent de la diarrhée, il est de règle cependant que ce soit la constipation.

La prolongation exagérée du traitement suscite une sorte de dyspepsie avec météorisme qui trahit l'irritation des voies digestives par l'excès de fer non transformé. On est malheureusement assez embarrassé pour résoudre la question de savoir quelles sont les préparations les moins irritantes, la plupart des expériences faites sur ce sujet l'ayant été, comme le remarque justement M. Hayem, avec la préoccupation de cher-

cher à démontrer la supériorité d'une préparation au détriment des autres.

Le seul fait incontestable est qu'il est indiqué de prescrire les ferrugineux au moment des repas, afin d'en faciliter la dissolution dans le suc gastrique.

Les avis ont été partagés sur la possibilité de déterminer des phénomènes de pléthore par la prolongation de la médication ferrugineuse. M. Hayem a constaté cliniquement la réalité de la pléthore d'origine martiale, se traduisant par de la céphalalgie, des épistaxis, des règles redoublées, phénomènes qui coïncident avec un accroissement de la richesse des hématies en hémoglobine chez des jeunes filles chlorotiques guéries et qui avaient continué la médication par le fer.

IV.

Si nous envisageons maintenant le fer comme agent, non plus physiologique, mais médicamenteux, nous serons conduit à nous demander quelles sont les modifications qu'il fait subir aux hématies préalablement altérées par les maladies. Il importe donc de savoir quelles sont les variations du fer dans celles-ci : c'est ce que permettent d'établir, dans une certaine mesure, le dosage de l'hémoglobine et la numération des globules pratiqués simultanément.

Dans le cours des maladies aiguës, surtout longues, fièvre typhoïde par exemple, la formation des hématies paraît suspendue ou entravée ; aussi l'établissement de la convalescence, en suscitant l'afflux dans le sang d'une grande quantité de jeunes globules qui n'ont pas encore la constitution des hématies normales, est-elle une période d'appauvrissement du sang caractérisée par la diminution de son pouvoir colorant. Mais l'appétit revenu, les fonctions digestives exaltées réparent promptement tous les tissus, et le fer contenu dans les aliments suffit, dans la plupart des cas, à la reconstitution du sang.

Dans les maladies chroniques, la détermination de la proportion de fer ou d'hémoglobine acquiert une bien autre importance.

Sous le nom générique d'anémies, on a confondu des lésions dans l'évolution sanguine amenées par des causes morbides très diverses et n'ayant de commun entre elles que l'aglobulie.

On ne peut se dispenser au point de vue thérapeutique de les distinguer en *anémies primitives* et *anémies symptomatiques*.

A. Le type des premières est *l'anémie chlorotique*, pour laquelle, dès 1681, Sydenham avait déjà reconnu empiriquement l'utilité du fer. Pendant longtemps l'opinion que le fer favorise la reproduction des globules sanguins régna sans conteste, et le fer fut considéré comme le type des médicaments hématogènes ou hématiques.

Mais une réaction se fit un jour. En France, les expériences de Cl. Bernard ayant paru établir la non absorption et la non assimilation du fer, de nombreux médecins ont admis que les martiaux agissent principalement sur le tube digestif à la façon d'un topique ; les ferrugineux comptèrent alors uniquement au nombre de médicaments dits eupeptiques.

Analogue était la théorie de Trousseau et Pidoux qui attribuait au fer la propriété d'exciter les fonctions végétatives et les forces d'assimilation et de réparation. Dans ces dernières années M. Dujardin-Beaumetz s'est fait l'apôtre d'une croisade contre le fer donné dans la chlorose. D'après lui « l'alimentation à elle seule, s'il s'agissait purement et simplement de réparer la diminution apportée au chiffre de fer dans le sang par l'anémie, serait suffisante pour réparer ces pertes..... *Toute médication, qui aura pour but d'activer la nutrition et l'assimilation, produira les mêmes effets qu'une médication ferrugineuse* (1). »

V

D'autres opinions se sont encore fait jour dans ces derniers temps sur la valeur de la médication ferrugineuse.

Dans un livre tout récent, M. le professeur Luton (de Reims) (2) a repris cette question toujours controversée du mode d'action des ferrugineux, et, avec un brio que connaissent tous ceux qui ont lu les écrits sortis de sa plume, il les classe parmi les *médications paradoxales* ; sous ce nom, M. Luton désigne celles à l'aide desquelles on croit avoir agi d'une certaine façon sur une maladie, alors qu'on est arrivé à son but par une voie tout opposée, de sorte qu'ayant réussi, on est de bonne foi dupe de son succès. — Pour M. Luton, dans tous les composés ferrugineux, le fer joue un rôle inerte, et c'est son conjoint chimique auquel il faut faire honneur du résultat thérapeutique. « Je soutiens, dit-il, que, dans toute combinaison où entre le fer comme base c'est la partie électro-négative, acide si l'on veut, qui est l'agent vraiment utile ; tandis que la partie électro-positive, la base, est le résidu, le *caput mortuum* des alchimites, qui est rejeté sans grand préjudice, après utilisation de l'élément efficace qu'elle a servi à introduire dans l'économie. » Prenant pour exemple le perchlorure de fer, M. Luton nous dit qu'il devient dans le tube digestif du protochlorure, que l'acide chlorhydrique mis en liberté est le seul agent actif, et qu'il est *indifférent, pour combattre la chlorose, d'administrer du chlorure ferrique ou une simple potion à l'acide chlorhydrique* (!). « Les autres sels de fer donneraient lieu à une interprétation analogue. Il nous suffirait, pour cela, d'invoquer la théorie de Rabuteau qui veut que toutes ces préparations arrivées dans l'estomac aboutissent, en définitive, à n'être plus bientôt que du perchlorure de fer d'abord, puis du protochlorure, grâce à l'acide chlorhydrique libre que renfermerait le suc gastrique. »

Après avoir salué cet ingénieux paradoxe, il faut en revenir à la constatation des faits ; or il est démontré que, dans l'anémie chlorotique, le

(1) Leçons de Clinique thérapeutique.

(2) Etude de thérapeutique générale et spéciale 1882.

sang, au lieu de contenir environ 3 grammes de fer, n'en renferme plus que 1 gr. 50 ou 0 gr. 75. Si, de plus, on se souvient que le fonctionnement organique entraîne une perte quotidienne de fer très sensible, il nous parait difficile d'admettre que le déficit considérable en fer dont l'organisme est victime, puisse être comblé..... par de l'acide chlorhydrique !

L'hypothèse, d'après laquelle le fer agirait en excitant les fonctions de nutrition pendant son passage, est renversée par ce fait qu'un composé non assimilable tel que le ferrocyanure de potassium, a pu être administré à doses élevées et prolongées à des chlorotiques sans plus d'amélioration que n'en amènent en pareil cas le repos et les toniques ; mais la récidive reste imminente, parce que la lésion globulaire persiste, tandis qu'il suffit d'administrer, après le ferrocyanure de potassium, un composé assimilable, le chlorure ferreux, pour amener rapidement la guérison durable de l'anémie chlorotique.

Sans doute bien des agents peuvent amender la chlorose en faisant disparaitre telle ou telle de ses manifestations. Ainsi les exhalations d'oxygène font justice assez rapidement des troubles gastriques, augmentent l'appétit et le pouvoir d'assimilation ; mais les altérations globulaires persistent ; ce n'est pas la guérison. *Le fer seul apporte aux hématies l'élément nécessaire à leur évolution complète*, et, lorsqu'il pénètre en excès dans le sang, il augmente la proportion d'hémoglobine des hématies, sursature ces petits éléments, même dans les conditions pathologiques les plus défavorables, même dans l'anémie symptomatique du cancer.

Parmi les anémies primitives, celle qui succède à une *perte de sang* plus ou moins prolongée, mais *temporaire* (épistaxis, saignée, traumatisme, métrorrhagie), survenant chez un sujet sain n'implique pas la nécessité d'une médication ferrugineuse ; une alimentation suffisamment réparatrice suffit à la rénovation du sang.

En revanche, des hémorragies multiples, séparées par des intervalles trop courts pour que la réparation hématique ait le temps de s'effectuer complètement entre chacune d'elles, (hémoptysies ou épistaxis répétées, métrorrhagies par corps fibreux, etc.), portent un coup assez sérieux aux fonctions hématopoïétiques pour rendre urgente l'intervention des martiaux. *A fortiori*, en sera-t-il de même si des pertes sanguines de ce genre se produisent chez des sujets d'un pouvoir sanguificateur déjà amoindri, chlorotique, par exemple.

B. Quant aux *anémies secondaires*, qu'elles soient sous la dépendance de maladies hémorrhagipares (purpura, scorbut, hémophilie), — qu'elles succèdent à des fièvres graves et prolongées (typhoïde, variole) — ou qu'elles soient symptômatiques de diathèses (scrofulose, tuberculose, syphilis, cancer), d'intoxications chroniques ou de cachexies cardiaque rénale, — dans tous ces cas, le fer pourra être, à un moment donné, un adjuvant utile à la médication dirigée contre la cause morbide primitive ; mais il ne sera alors qu'à demi-efficace et ne saurait tenir la première place dans le traitement.

Pour nous résumer, il faut conclure avec M. le professeur Hayem que *l'action pharmaceutique du fer ne fait jamais défaut quand il existe de l'aglobulie* ; mais *curative dans les anémies primitives*, elle reste *palliative dans les anémies secondaires*.

Telle a toujours été en somme, dira-t-on, l'opinion de la majorité des praticiens depuis la chûte de l'Ecole physiologique, et vous ne nous apprenez rien de nouveau. — Sans doute ; mais il faut avouer que la *question du fer* avait été bien obscurcie par un certain nombre de travaux parus depuis quelques années, et, intimidé par l'autorité de plusieurs des détracteurs de ce médicament, plus d'un praticien a du se sentir ébranlé dans son ancienne confiance à l'égard d'une médication ainsi attaquée. Il n'était peut-être pas inutile de rassurer ceux qui se trouvent dans cette situation d'esprit troublée : le fer reste toujours un des *grands médicaments*.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

REMPLACEMENTS.

Un membre du *Concours* nous écrit :

Il faudrait trouver quelques médecins indépendants, surtout vis-à-vis de leur clientèle ; possesseurs d'une fortune suffisante ; ayant des goûts scientifiques ou artistiques qui leur feraient considérer un deplacement momentané comme une occasion favorable de les développer.

Ils s'inscriraient pour un ou plusieurs remplacements annuels.

On leur adjoindrait quelques jeunes docteurs qui, pourvus de leurs diplômes et continuant leurs études de perfectionnement auprès des Facultés, seraient disposés à faire également des remplacements.

Cette organisation permettrait aux membres du *Concours* de reclamer avec certitude un suppléant pour raison de santé, d'affaires ou de plaisir.

Nous sommes tout disposés à accueillir ce vœu. Le registre est ouvert dès ce jour.

II

HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX.

Nous recevons plusieurs communications à ce sujet.

Monsieur le directeur,

Ne pensez-vous pas qu'il soit temps de demander la révision du tarif de 1811? Quand il n'y a pas flagrant délit, le médecin peut refuser son concours à la justice. Si donc nous nous entendions pour faire grève, lo gouvernement serait bien obligé de tenir compte de nos doléances.

Dr Boucher.
(*de Voiron, Isère*)

Monsieur le rédacteur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser la copie d'une pétition que les membres de l'Association de prévoyance des médecins des Vosges, adressent respectueusement aux membres du Parlement, par l'intermédiaire gracieux de MM. les docteurs Liétard, *de (Plombières,)* et Liouville, pétition demandant la réforme de la médecine légale actuelle et l'abrogation du tarif de 1811.

Un certain nombre de nos confrères des Vosges, membres du *Concours* comme moi, ont pensé qu'il serait utile, non-seulement de vous faire part de cette résolution, mais de vous demander votre grande publicité et votre dévouement aux intérêts professionnels pour que la tentative faite dans les Vosges ne reste pas un effort local. Il faut que cette question de l'exercice de la médecine légale, qui nous intéresse tous, devienne une question générale. Dites à tous les membres du *Concours*: faites comme dans les Vosges; réunissez-vous, et sans tarder; il suffit de l'initiative d'un seul docteur dans un département pour provoquer une réunion d'un nombre plns ou moins grand de confrères qui, de concert, feront une pétition semblable ou analogue à la nôtre. (Si notre rédaction leur agrée, nous la leur livrons volontiers). Il faut que de tous les coins de la France, de tous les départements arrivent, soit aux députés des circonscriptions, soit aux confrères, membres du Parlement, des pétitions, demandant formellement la réforme de la médecine légale.

Lorsque trente ou quarante collèges médicaux seulement seront unanimes à demander la même chose (et il n'y a pas le moindre doute que nous soyons unanimes), et à la demander au même moment, force sera de les écouter et, espérons-le, de satisfaire à des exigences des plus légitimes.

Le moment est propice, psychologique. La discussion de la réforme de la magistrature touchera forcément à la question de la médecine légale. Il faut qu'à ce moment-là, notre *tolle* soit général, que nous soyons prêts à faire, comme dans certains meetings anglais ou américains, une vigoureuse poussée générale, à donner un immense coup d'épaule.

Agréez, etc. Dr Lardier.
(*de Rambervillers, Vosges*).

Les docteurs en médecine soussignés, membres de l'Association de prévoyance des médecins des Vosges, ont l honneur de présenter respectueusement aux membres du Parlement les observations suivantes :

Le concours que les docteurs en médecine prêtent journellement à la justice reste et demeure rémunéré conformément aux tarifs de 1811. Ces tarifs dérisoires à l'époque où nous vivons, sont certainement loin d'être proportionnels aux services rendus, aux dangers courus, au temps perdu par les praticiens. Il en résulte que la généralité des médecins se prête à contre cœur, et cela faute d'une rémunération satisfaisante, juste, équitable à l'exercice de la médecine légale. Beaucoup d'entre eux, même, s'y soustraient autant que la latitude leur en est donnée. Il est incontestable que l'exercice de la médecine légale, à la campagne surtout est trop peu rémunérateur et que si les médecins requis, dont le concours dévoué, quoique obligatoire, n'a cependant jamais fait défaut, voyaient l'assistance qu'ils peuvent prêter à la justice, pécuniairement mieux appréciée, au lieu de chercher à se dérober à l'exercice de la médecine légale, ils se prêteraient de meilleure grâce aux services que l'on serait en droit d'attendre d'eux.

Les docteurs en médecine soussignés, membres de l'Association de Prévoyance des Vosges, ont l'honneur de demander respectueusement aux membres du Parlement de vouloir bien :

1° Abroger la loi de 1811, concernant les tarifs médico-légaux et l'exercice de la médecine légale.

2° La remplacer par une loi qui satisferait en même temps : 1° les intérêts matériels du médecin requis, en donnant aux services rendus par eux à la justice, une rémunération satisfaisante, équitable, en rapport avec les exigences de l'époque actuelle; 2° les intérêts moraux et la dignité professionnelle, en désignant à l'avance les médecins chargés dans chaque ressort de tribunal des affaires médico-légales, soustrayant ainsi les praticiens des campagnes à la dépendance où ils se trouvent vis-à-vis des agents inférieurs de l'autorité.

Pour la commission : Dr Lardier.

Nous nous empressons de publier la pétition de nos confrères des Vosges; mais nous leur faisons observer que le *tarif des honoraires médico-légaux*, a été établi, non par une loi, mais par un simple décret (décrets du 18 juin 1811 et du 7 avril 1813; — ordonnance du 28 novembre 1838). C'est donc au ministre compétent et non à la Chambre des députés qu'il y aurait lieu de s'adresser ce qu'un décret, a établi, un décret peut le renverser, sans que la législation ait à intervenir. C'est pour ce motif que la Commission de révision de la législation ne s'est pas occupée des honoraires médico-légaux. — Il n'en reste pas moins vrai que le tarif de 1811 devrait être l'objet d'une sérieuse révision et nous félicitons nos confrères de l'initiative qu'ils ont prise.

III

Service médical de colonisation en Algérie.

Nous avions publié dans le numéro du 6 novembre 1880, sur le service médical de colonisation en Algérie, des renseignements qui ne sont pas

absolument exacts; un de nos corespondants veut bien nous adresser les rectifications suivantes.

Les avantages fournis aux médecins ne sont certes pas à dédaigner, car on débute à 3.000 fr. pour atteindre 5.000 fr. on a droit à une retraite pour l'avenir; pour le présent, il faut ajouter au traitement le logement ou une indemnité de 500 fr. et divers accessoires tels que, vente des médicaments, — car les pharmaciens sont rares — et profits de la médecine légale : au minimum 1.000 à 1.200 fr. par an.

Si la loi était appliquée rigoureusement, la situation des médecins vis-à-vis de l'autorité, serait excellente, grâce à l'institution du Comité supérieur (titre III) et des Comités départementaux (titre IV); malheureusement on tend à se délivrer de ces comités tutélaires ainsi que vous pourrez le voir dans un article du Dr Texier (in *Alger-Médical*, no du 1er novembre 1880).

Il faut ajouter que, dans certaines localités, le service du médecin de colonisation est assez pénible à cause des distances nombreuses à parcourir ; toutefois, je pense que leur situation est préférable à celle de beaucoup de médecins de campagne en France, si j'en juge par les tableaux navrants qui en sont si souvent tracés dans le *Concours médical*.

Quant aux places de médecins de colonisation actuellement vacantes, je ne saurais vous dire s'il en existe beaucoup : il est si difficile d'obtenir des renseignements *exacts* de la préfecture ! Mais je crois que l'énorme extension du territoire civil qui est le résultat des rattachements opérés tout récemment par le gouverneur nécessitera, à bref délai, la création d'un certain nombre de postes.

Agréez, etc. Dr R.

IV

TIMBRE DES CERTIFICATS.

Un de nos confrères nous adresse la lettre suivante :

Voudriez-vous me donner votre avis dans l'affaire suivante. J'ai certifié sur papier libre à un ouvrier de la Compagnie du Gaz qu'il avait été malade d'une bronchite du 15 au 27 janvier dernier; cet homme a présenté mon certificat au directeur de l'usine qui, sur le vu de la réalité, de la maladie lui a payé la moitié du traitement pendant tout le temps qu'il s'était reposé, selon les habitudes de la Compagnie.

Le vérificateur du timbre a fait une visite aux papiers de cette Compagnie anonyme, mon certificat s'y trouvait, il l'a saisi et m'a emvoyé un avis d'avoir a payer 62 fr. 50 d'amende ou d'adresser une demande de remise au ministère.

Le certificat incriminé n'a aucune valeur en justice; la Compagnie du Gaz à l'habitude de donner aux ouvrier malades la moitié de leurs appointements pendant le temps de leur maladie, au retour à l'usine, la Compagnie leur refuserait cette faveur l'ouvrier n'aurait aucun droit à la réclamer.

Si vraiment l'article 12 m'est applicable, dans ce cas, je serai obligé de refuser toute espèce de certificat médical sur papiers libre, le client mécontent m'abandonnera pour aller demander ce service à une autre docteur, plus complaisant que moi, parce qu'il ne connaitra pas le danger auquel il s'exposera. Veuillez je vous prie, Monsieur, le directeur et très honoré confrère, me donner votre avis, et je vous promets de le suivre.

Veuillez agréer, etc. Dr Massol
(*D'Albi, Tarn.*)

Voici la réponse de notre Conseil Judiciaire :

Un pareil certificat n'ayant d'autre valeur qu'une simple lettre, et n'étant ni produit, ni même destiné à être produit en justice, ne saurait être assujetti au timbre.

V

Médecin et Pharmacien.

Mon cher confrère,

Dans la nuit du 9 au 10 courant, j'étais appelé par des parents très inquiets, à donner mes soins à une petite fille de 6 ans 1/2, atteinte de bronchite commençante et légère, mais que fatiguait une toux assez fréquente.

Je prescrivis.

Oxyde bl. d'antimoine	2 gr. 50
Sirop de tolu...........	30 gr.
Eau de laitue...........	60 gr.
— de laurier cerise......	2 gr. 50
Alcoolature d'aconit	6 gouttes

Un pharmacien d'ici M. A....., contrarié sans doute d'avoir été obligé de se lever, s'est permis de critiquer mon ordonnance, de *refuser* de l'exécuter, et de dire au porteur « allez vous coucher; demain à midi, il sera encore bien temps de faire faire une ordonnance aussi insignifiante; qu'on donne à l'enfant un peu de limonade ou d'eau sucrée, cela vaudra tout autant. »

J'avais envie, quand on m'a raconté cela, le matin, d'aller fl..... une paire de claques à cet apothicaire; mais réflexion faite, et après en avoir causé à un confrère, j'ai écrit au Procureur de la République qui m'a répondu que le fait ne tombe sous le coup d'aucune disposition légale.

Que pensez-vous que je doive faire? N'êtes vous pas d'avis, mon cher confrère, que je serais parfaitement dans mon droit, en recommandant à tous mes malades de ne pas se fournir chez ce monsieur. Aurait-il le droit de m'attaquer en dommages-intérêts.

Mille amitiés de votre tout dévoué confrère,

Dr Licke.
(*de Maisons-Laffitte*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Etiologie de la tuberculose. *Communication faite à la Société de physiologie de Berlin par le docteur Robert Koch.* — La contagion de la tuberculose découverte par Villemin, confirmée par les inoculations de Cohnheim, Salomonsen puis de Baumgarten, et par les expériences d'inhalation de Tappeiner, assignera pour l'avenir à cette affection une place parmi les maladies infectieuses. Jusqu'ici la nature du virus tuberculeux était inconnue; avec une méthode nouvelle, M. Koch a obtenu des résultats positifs.

« Le but des recherches devait être la découverte d'un organisme étranger, parasite, et pouvant être considéré comme la cause de la maladie. On put y arriver au moyen d'un procédé particulier de coloration, à l'aide duquel on découvrit une bactérie caractéristique et jusqu'alors inconnue, dans tous les organes infectés de tubercules. » Ces bactéries, « sont en forme de bâtonnets et appartiennent, par conséquent, au groupe bacillus. Elles sont très minces et longues comme le quart ou la moitié du diamètre d'un globule rouge, quoiqu'il y en ait de plus longues qui atteignent comme taille ce diamètre en entier. » Elles sont pareilles au vibrion de la lèpre. « Très abondantes dans tous les points ou le processus tuberculeux vient d'apparaître et fait des progrès rapides, elles se présentent ordinairement en groupes un peu aplatis, placés le plus souvent dans l'intérieur des cellules, agglomérats analogues à ceux que l'on trouve dans la cellule de la lèpre. On voit aussi un grand nombre de vibrions indépendants. Ceux-ci se rencontrent le plus souvent par séries et en dehors des cellules, au bord des grands foyers caséeux. »

La bactérie devient rare et peut même complètement disparaître dès que le point summum du processus est dépassé, pourtant il est extraordinaire de la voir disparaître tout à fait, et ceci n'arrive que là où la prolifération des tubercules s'est arrêtée. Lorsque, dans la trame des néoplasmes tuberculeux, il se présente des cellules géantes, c'est toujours dans celles-ci que l'on trouvera les vibrions, quelquefois dans certains petits groupes seulement de ce genre de cellules, ou même dans certaines cellules isolées, mais alors dans les plus jeunes; les cellules géantes sans bactéries doivent être considérées comme les plus vieilles, ayant apparemment renfermé des vibrions à présent morts ou disparus. La relation de ces cellules avec les bactéries est probablement la même que celle qu'elles affectent avec d'autres éléments étrangers tels que des filaments végétaux ou des œufs de Strongylus; comme l'ont observé Weis, Friedlænder et Laulamié.

On peut voir ces bactéries même en ne les préparant pas par coloration; elles apparaissent alors sous forme de bâtonnets très fins, libres de mouvements moléculaires.

« Dans certaines circonstances, ces vibrions présentent des sporules même dans les organismes animaux; quelques-uns renfermaient de deux à quatre sporules ovales, placés à distances égales sur la longueur du bâtonnet. »

Chez l'homme, M. Koch a trouvé des bactéries dans la tuberculose miliaire (onze fois), constamment dans la tuberculose pulmonaire, dans celle de la rate, du foie, des reins de la pée-mère; dans les ganglions bronchiques caséeux, dans la bronchite et la pneumonie caséeuses (douze fois dont six avec des cavernes dans la plupart desquelles le parasite était fort abondant); il les trouva aussi dans un tubercule isolé du cerveau, dans les noyaux tuberculeux qui se groupent autour des ulcérations dans la tuberculose du gros intestin, dans des ganglions scrofuleux récemment extraits (deux fois sur trois), dans l'arthrite fongueuse (deux fois sur quatre). Chez les animaux il pût les constater dix fois dans la maladie des glandes avec noyaux pulmonaires indurés, quelquefois dans le péritoine et une fois dans le péricarde, dans les ganglions bronchiques et mésentériques; trois fois dans des cas où les poumons ne contenaient pas les nodisités calcaires et hosselées de la maladie des glandes, mais des masses lisses, caséuses, ayant consistance de bouillie épaisse; forme que l'on rattache plutôt à la bronchiectasie qu'à la tuberculose. Il pût les voir également dans un ganglion lymphatique cervical devenu caséeux chez un porc, dans les organes d'un chien tuberculeux, les néoplasmes tuberculeux de singes (trois fois) de cobayes (neuf fois) et de lapins (sept fois), morts de cette maladie. Outre tous ces cas de tuberculose spontanée, on trouva toujours la bactérie dans les tubercules pulmonaires des animaux inoculés, (cent soixante cobayes, trente-deux lapins, cinq chats).

Pour démontrer que la tuberculose est une maladie infectieuse due à la présence, à la croissance et à la prolifération des bactéries, il fallait les isoler du corps, les cultiver dans des milieux ne contenant pas d'éléments hétérogènes, jusqu'à ce qu'elles fussent débarrassées de tout produit morbide provenant de l'organisme animal; puis, par l'inoculation de la bactérie à des animaux, produire les mêmes phénomènes nosologiques que par l'inoculation de la matière tuberculeuse naturellement formée. Cette opération donna des résultats constants et uniformes: apparition à l'endroit de la pipûre d'un tubercule, ulcération de celui-ci, inflammation des ganglions lymphatiques, amaigrissement rapide, mort après quatre ou six semaines; les organes de tous ces animaux et surtout le foie et la rate étaient frappés des dégénérescences caractéristiques de la tuberculose. Les bactéries cultivées, venant d'animaux rendus de cette façon artificiellement tuberculeux, étaient toujours les mêmes, quoique sorties de masses infectieuses différentes, et les vibrions provenant de cultures de productions tuberculeuses spontanées de l'homme ou des animaux, furent pareils à ceux qu'on obtint par inoculation « de facon qu'on ne peut douter de l'identité des vibrions survenant dans les différents processus tuberculeux. »

Les vibrions isolés peuvent-ils eux aussi produire la tuberculose? Les expériences faites daus ce sens résolvent la question par l'affirmative. Leur culture inoculée au ventre des animaux engendra les phénomènes caractéristiques de la tuberculose par inoculation; introduite dans la chambre antérieure de l'œil, elle produisit des effets analogues à ceux observés par Cohnheim, Salomonsen et Baumgarten; injectée dans la cavité abdominale ou directement dans la circulation, elle rendit tuberculeux des animaux en général réfractaires à cette maladie (rats, chiens et chats). Les recherches microscopiques démontrent que les néoplasmes tuberculeux ainsi

obtenus sont identiques aux tubercules spontanées ou produits par l'inoculation de matières tuberculeuses ; ils offrent la même disposition des éléments celluleux, et sont souvent garnies de cellules géantes qui contiennent des bactéries comme les tubercules spontanés.

On isola également des vibrions dans leur culture, et leur inoculation produisit les mêmes phénomènes.

Donc il est démontré, « que les bactéries que l'on constate dans les néoplasmes tuberculeux n'accompagnent pas seulement le processus, mais en sont la cause, et que nous sommes, avec ces vibrions, en présence du virus de la tuberculose. » L'existence de ces parasites pourrait, par conséquent, servir de criterium de la maladie, et d'après ces expériences, la tuberculose miliaire, la pneumonie et la bronchite caséeuses, la tuberculose ganglionnaire et celle du gros intestin, la maladie des glandes des bêtes à cornes, la tuberculose spontanée ou inoculée des animaux seraient une seule et même maladie.

M. Koch fait des réserves en ce qui concerne la scrofulose et l'arthrite fongueuse, quoique ces affections puissent se rattacher à la tuberculose vraie.

D'autres essais ayant démontré que les bactéries ne vivent que dans une température de 30 à 41° c. et notre climat n'offrant jamais, en dehors des organismes animaux, une température uniforme de 30° c., ces vibrions ne peuvent provenir que des corps des êtres animés, et ne sont pas, en conséquence, dans l'organisme par l'effet du hasard, mais en sont de vrais parasites. La maladie commençant d'ordinaire par les voies respiratoires, on peut admettre comme probable que les bactéries qui adhérent aux petites particules de poussière s'introduisent par l'air respiré (elles se trouvent dans les crachats). Et si l'infection n'est pas plus fréquente, cela tient à la très lente croissance de ce vibrion, et aux conditions particulières qui lui sont nécessaires pour se fixer, etc.

Après que l'auteur a ainsi établi, selon lui, sans contestation possible, la nature infectieuse de la tuberculose, il jette un coup d'œil sur les résultats qu'on pourrait obtenir dans d'autres maladies où l'on a constaté l'existence de parasites à côté des processus morbides, mais sur les causes desquelles on n'est pas encore fixé. Il ne s'occupe pas des conséquences pratiques que l'on peut retirer des recherches pour le diagnostic et la thérapeutique, mais tient, et avec raison, les résultats obtenus comme très importants au point de vue de l'hygiène. C'est du reste dans ce but qu'il avait entrepris ses travaux. « A l'avenir, en combattant un des plus terribles fléaux de la nature humaine, on ne luttera plus contre l'inconnu, mais on aura à faire à un parasite dont les conditions d'existence sont presque entièrement connues et pourront être complètement dévoilées. » Contre la tuberculose, il faudra, avant tout, attaquer les sources de l'infection, et la première médication sera de désinfecter, avec le plus grand soin, les crachats, les habits et la literie des tuberculeux. L'identité de cette affection avec la maladie des glandes des bêtes à cornes et les autres affections tuberculeuses des animaux domestiques enseignent encore d'autres précautions hygiéniques à prendre, par exemple dans l'usage de la viande et du lait.

Le journal allemand dit, dans une note, qu'il s'est fait un devoir de soumettre à ses lecteurs un aperçu général d'une découverte qui doit assigner à son auteur une place distinguée dans l'histoire de la médecine. Il renvoie pour plus de détails à la communication originale.

(Extrait de la Deutsche Medicinal Zeitung).

Dr Fischer.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

LE SYNDICAT DU RHONE

Nous avons, dans le dernier numéro du *Concours*, fait connaître à nos lecteurs l'incertitude et l'hésitation qui, règnent dans le corps médical bordelais relativement à la création d'un syndicat. On a pu voir que, s'il existe de zélés partisans de cette institution, on y rencontre aussi des confrères, très recommandables du reste, qui se décident presqu'à regret à suivre le courant, mais qui enfin, ne paraissent pas disposés à tenter de vains efforts pour le remonter. Encore quelque temps et nous avons l'espoir de les voir résolument nous apporter le concours de leur talent et de leur influence. Nous allons aujourd'hui examiner la situation des esprits à Lyon,

Ici, nous n'avons à constater ni hésitation ni incertitude en ce qui touche le principe même de la création d'un syndicat. L'utilité a été de bonne heure admise par la majorité du corps médical lyonnais où elle ne rencontre plus que de rares opposants. Parmi ceux-ci, nous devons, d'après le *Lyon médical*, compter au premier rang M. le Dr Bourland qui donne, comme principal argument contre les *syndicats*, cette raison que les *armes qu'ils posséderaient contre leurs membres coupables d'actes motivant leur exclusion seraient vaines et sans portée.* — L'exclusion que *l'Association générale* peut prononcer contre ses memb es indignes serait-elle aussi une mesure vaine et sans portée ? Nous ne pensons pas ; qu'il existe un seul médecin qui voulût, de gaîté de cœur, encourir une semblable flétrissure.

Nous sommes heureux, du reste, pour la cause des Syndicats, que leurs adversaires ne trouvent pas, pour les combattre, d'armes plus redoutables : c'est une preuve que l'opposition qu'on leur fait ne saurait tarder longtemps à sombrer à peu près complétement.

Mais revenons à Lyon. Deux faits se sont produits qui nous paraissent regrettables à tous les égards : nous voulons parler de la division en deux camps du corps médical lyonnais et de l'exclusion des officiers de santé du projet de Syndicat.

Pourquoi l'exclusion systématique des officiers de santé ? Est-ce qu'ils ne sont pas admis à faire partie de l'Association des médecins de France? Ce sont des praticiens qui exercent en vertu d'un titre qui leur en confère légalement le droit. Leurs intérêts et leurs besoins sont les mêmes que les nôtres et, par conséquent, ils doivent avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs. Qu'on les supprime, si on le veut, dans l'avenir, mais bien entendu en sauvegardant les situations acquises. Il ne faut pas, d'ailleurs se placer au point de vue exclusif d'une grande ville comme Lyon : il faut voir de plus haut et lus loin. Il y a en France des centrés où les officiers de santé sont plus nombreux que les Docteurs. Je demande un peu quelle serait dans ces localités, la situation des docteurs se groupant en syndicat à l'exclusion des officiers de santé. Ils seraient bien vite écrasés par cette concurrence insensée qui est la plaie vive du corps médical, celle surtout que nous voulons voir disparaître.

Il existe aussi un véritable danger moral à pratiquer cette exclusion. Bon nombre de docteurs sont, en effet, liés à des officiers de santé par les liens du sang. Tel a son père, tel autre son frère, tel autre enfin un parent plus ou moins rapproché au nombre de ces modestes praticiens. Ne doit-on pas craindre de blesser profondément, par uno semblable mesure, les sentiments les plus légitimes qui puissent exister dans le cœur humain? Loin de nous amener des adhérents, l'exécution d'un tel projet ne saurait que semer la division dans nos rangs. Aussi pensons-nous que la plus vulgaire prudence nous commande de l'abandonner.

Arrivons à l'autre fait que nous avons indiqué : la division en deux camps des partisans des syndicats. Les uns, avec MM. Diday et Desgranges voudraient que le syndicat fut *fermé* à tout médecin ne faisant pas partie de l'Association générale. — Les autres, les *jeunes*, les *dissidents*, désireraient voir le syndicat ouvert à quiconque voudrait en faire partie et son fonctionnement indépendant de l'Association, au moins en principe.

Nous avons la plus grande estime pour les opinions de l'honorable Dr Diday qui a été, dès l'origine, un des plus distingués partisans de l'Association ; mais nous ne saurions aujourd'hui admettre sa manière de voir. Il parait croire, en effet, que ceux qui n'acceptent pas l'obligation de faire partie de l'Association pour être admis dans le syndicat, obéissent à un motif mesquin d'économie à une véritable lésinerie. « Il est si doux, écrit-il de se « dire qu'on travaille à relever le prestige, le crédit « social de notre art, tout en sauvegardant, à l'occasion, « ses intérêts personnels ! Et en les sauvegardant à meil- « leur marché, n'oublions pas ce point?..... De fait, le « contre-projet (celui des dissidents) demande moitié « moins... »

Je ne sais si je m'abuse, mais je ne crois pas que cette raison ait pu guider nos confrères. Quand on cherche à faire partie de l'Association générale on compte beaucoup plus sur le bien qu'on contribuera à faire que sur les avantages qu'on pourra personnellement en retirer un jour. Ce n'est pas un calcul intéressé qui nous y pousse. Est-ce qu'à l'âge où on se décide en général à briguer l'honneur d'y entrer, on ne voit pas encore l'avenir sous des couleurs assez brillantes ? Chacun compte assurément faire sa place dans cette carrière qu'il trouvera hélas ! peut-être bien ingrate un jour. Aussi croyons-nous que plus grand nombre des médecins syndiqués voudront devenir, s'ils ne le sont déjà, membres de l'Association générale ; ils en seront le plus ferme, le plus solide appui.

Quoi qu'il en soit, les esprits se sont partagés et, fatalité étrange, la question du syndicat ouvert ou fermé est restée suspendue. Un *Sort* malin, comme le dit M. Diday, a voulu que le dépouillement ait donné seize voix pour et seize voix contre. Nous aimons à croire que l'entente finira par se rétablir et que *Lyon* aura bientôt un syndicat et *un seul syndicat.*

Des syndicats sont également en voie de formation dans un certain nombre d'autres localités. Ainsi à La Rochelle, depuis le mois de novembre dernier, la question est à l'étude et va recevoir une solution.

On nous signale aussi les médecins de l'Allier comme engagés dans cette voie, Enfin, un groupe de médecins de la Vienne sont décidés à suivre le mouvement.

Dans l'Indre-et-Loire, c'est déjà chose faite.

Dr Barat.-dulaurier.

II

SYNDICAT DES DEUX-SÈVRES.

Mon cher Confrère,

Comme vous le verrez par la présente circulaire, adressée à nos confrères voisins, nous sommes en pleine organisation et j'ose espérer que nous pourrons obtenir de bons résultats dès notre première réunion.

Deux courants s'établissent, a mon avis, lorsqu'il s'agit de creer un syndicat dans un département. — Un premier camp se compose de ceux qui voient en nous des ennemis de l'Association des médecins de France : « une scission, un antagonisme va se produire » disent-ils. — D'autres sont effrayés de nous voir marcher ainsi en avant : « Pourquoi faire ainsi connaitre nos misères, avancent-ils ; nous nuisons à notre considération. Gardons pour nous tous nos déboires, attendons, espérons sous l'orme. »

Pas n'est besoin de dire que ceuxlà, bien arrentés, trouvent en dehors de la carrière, des ressources qui leur permettent de faire les stoïques, les superbes, souvent, hélas, au dépens des déshérités. Renfermés dans leur fromage, parfois un peu moisi, il s'en contentent.

En face de ces adversaire réels, est née une phalange peu nombreuse encore, mais active. Après les désappointements du début, après une période de découragements, elle s'est réveillée dans son énergie, et par un travail de chaque jour, veut arriver à une rénovation nécessaire. Les membres savent qu'ils n'obtiendront peut-être rien pour eux-mêmes : mais ils ont la conscience d'agir pour le bien et le juste et espèrent peu pour eux-mêmes, beaucoup pour leurs enfants et les confrères de l'avenir. — Ils ont, peut-être aussi trop les défauts des enthousiastes, ils embrassent trop au début. Bientôt, au milieu d'eux, se produiront des hommes d'esprit plus sages, plus rassis, qui pourront établir une pondération nécessaire. — Nous devons donc espérer que, par une marche sans cesse progressive mais modeste, grâce à une persévérance journalière, on arrivera à obtenir les réformes nécessaires et la solution des multiples questions sans cesse soulevées.

Il existe encore d'autres confrères : ils voient le mal si grand qu'ils n'espèrent plus de guérisons. Résignés, mais souffrants, ils gardent la réserve et nous attendent à l'œuvre. Bientôt ils seront au milieu de nous, etc.....

J'accepte, de grand cœur, la place que vous m'offrez dans la commission génerale des syndicats et suis prêt à m'y dévouer tout entier. Dr G. Béranger (de Niort).

Une lettre d'invitation à faire partie du Syndicat a été adressée à tous les médecins des Deux-Sèvres, au nom du syndicat en formation, par MM. les Drs Carré, de Saint-Maixent; Pellevoisin, de Beauvoir-sur-Niort; Prouhet, de La Mothe-Saint-Héraye ; de la Montagne, de Frontenay-Rohan-Rohan; Ricochon, de Champdenier; Dupont, de Saint-Hilaire-la Palud ; Ygonin, de Beuet; Roulland, Fayard, Béranger, de Niort;

La réunion a été fixée au jeudi 20 Juillet à 2 heures.

L'ordre du jour proposé sera :

Présidence du plus âgé des adhérents présents à la réunion.

1o Lecture des considérations en faveur de la formation d'un syndicat.

2o Projet de statuts : discussion. — Organisation.

3o Formation du bureau définitif.

4o Mise à l'ordre du jour de diverses questions à discuter à la prochaine réunion. Fixation de l'époque de celle-ci.

Les adhésions doivent être adressées à M. Béranger, rue des Douves, 45, à Niort.

NOUVELLES

Concours d'agrégation.

— Par arrêté ministériel en date du 20 mai 1882, il sera ouvert à Paris, en 1882-83, des concours pour 49 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de l'Etat.

Section de médecine (pathologie interne et médecine légale). 11 places. — Paris, 4. — Bordeaux, 2. — Lille, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 2. — Nancy, 1.

Section de chirurgie et accouchements. 14 places dont 13 pour la pathologie externe et pour les accouchements. — 1° *Pathologie externe* : Paris, 3. — Bordeaux, 2. — Lille, 2. — Lyon, 3. — Montpellier, 1. — Nancy. 2. — 2° *Accouchements :* Paris, 1.

Section des plantes anatomiques et physiologiques. 13 places, dont 9 pour l'anatomie et physiologie et 4 pour l histoire naturelle. — 1° *Anatomie et physiologie* : Paris, 1. — Bordeaux, 1. Lille, 2. — Lyon, 2. Montpellier, 1. — Nancy, 2.

Section des sciences physiques. 10 places dont 5 pour la physique et 5 pour la chimie et toxicologie. 1° *Physique*, 1 place pour chacune des 6 facultés. — 2° *Chimie et toxicologie* : Paris 1. — Bordeaux, 1. — Lyon, 2. — Montpellier, 1.

En résumé : 12 places pour Paris, 7 pour Bordeaux, 6 pour Lille, 10 pour Lyon, 7 pour Montpellier et 7 pour Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 1er décembre 1882, pour la section de médecine ; — le 1er mars 1883, pour la section de chirurgie et accouchements ; — le 1er juin 1883, pour la section des sciences anatomiques, et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

—

Hôpitaux de Paris.

Accoucheurs des hôpitaux. — Le concours pour quatre places de médecins accoucheurs vient de se terminer par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont.

Bureau central. — Ont été nommés médecins du Bureau central : MM. Gombault, Moizard et Déjérine.

—

Distinctions honorifiques.

— *La Société d'encouragement au bien* qui avait décerné l'année dernière une médaille d'honneur au *Docteur Grellety*, médecin-consultant à Vichy, membre du *Concours médical*, pour son livre sur *Le Mariage*, vient de lui en accorder une d uxième, pour avoir fondé, à Paris, la Société amicale des Périgourdins, qui a déjà rendu de grands services.

—

— Au Concours ouvert en 1881 par la Faculté de Paris pour le prix Montyon, le Dr Charles Liégeois (de Bainville-aux-Saules (Vosges), membre du *Concours Médical*, vient d'obtenir récompense de 300 francs pour son travail intitulé :

« *Histoire d'une épidémie de rougeole qui a sévi à Ville-sur-Illon pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1880. »

NECROLOGIE.

—

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès prématuré d'un jeune membre du *Concours médical*, M. le Dr *Felhoen, de Roubaix*, qui est regretté par tous ceux qui l'ont connu.

BIBLIOGRAPHIE

Organisation de la Médecine publique en France, par le Docteur A. J. Martin. — G. Masson éditeur.

L'organisation départementale de la Médecine publique, par le Dr Gustave Drouineau. — G. Masson éditeur.

Eléments d'Orthopédie, par A. Dubreuil. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, Editeurs, Paris.

Syphilis et Alcool. Les inviteuses, par le Dr Barthélémy et Louis Devillez. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, Editeurs, Paris.

Contribution à l'Etude des Troubles fonctionnels de la Vision par lésions cérébrales, par Ch. Féré. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, Editeurs, Paris.

Etude sur la Goutte et sur ses différents modes de traitement, par le Dr L. Soulignoux. — Adrien Delahaye et Cie, Libraires Editeurs Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

17 Juin 1882 — 4me Année. — N° 24

SOMMAIRE

BULLETIN

Comme l'année passée à pareille époque (1), nous avons eu le plaisir d'assister, le 5 juin dernier, à la soirée organisée par les frères Lionnet pour les malades de la Salpêtrière; comme l'année passée, le désir du bien et l'amour de l'humanité avaient amené dans la salle des cours de M. Charcot un grand nombre d'artistes distingués, que l'on ne trouverait que rarement réunis dans nos plus brillants salons parisiens : tous s'étaient empressés d'accourir au rendez-vous donné par les organisateurs de la fête. S'il n'est que juste, en effet, de proclamer bien haut le mérite incontestable que les frères Lionnet, ces récidivistes de la bienfaisance, ont eu, en concevant les premiers la pensée généreuse de convier périodiquement à une récréation d'un genre aussi élevé qu'utile de malheureux malades destinés, pour la plupart, à achever leurs jours, séparés du reste du monde qui ignore jusqu'à leur existence, il faut bien reconnaître aussi que le zèle charitable de ces deux hommes de bien a toujours trouvé chez les artistes de Paris, un généreux et utile concours. Et cependant, c'est bien là une œuvre de charité pure; on n'y saurait faire intervenir les questions d'amour-propre, le désir de briller, la soif des applaudissements et toutes ces petites passions au nom desquelles on cherche quelquefois à rabaisser le mérite des bonnes actions: les applaudissements des pensionnaires de l'Assistance publique ne sont pas de ceux qui retentissent au loin ; et la presse politique, dont les chaleureux éloges sont ordinairement la récompense de ceux qui prennent part aux concerts de bienfaisance, est sobre de détails, quand il s'agit de fêtes données pour l'unique plaisir de ces déshérités de la fortune et de l'intelligence. Mais, en revanche, les applaudissements de ce public si étrange, et devant lequel ils ne se présentent qu'avec une émotion bien différente de celle que leur inspire leur public ordinaire, les naïves marques de joie et de plaisir qu'ils font éclater sur ces figures habituées à ne refléter que les signes caractéristiques de leur terrible maladie, doivent remuer bien profondément le cœur de ceux qui font de leur talent un si noble usage, et faire naître en eux cette douce joie qui est, comme le salaire des bonnes actions, absolument désintéressées.

(1) V. *Conc med*. 1881, no, 26 et 28.

Cette année, le concert a été encore plus brillant que les précédents : la séduisante Mme Morlet, avec sa voix chaude et si particulièrement sympathique, a retrouvé, lundi soir, le grand succès que nous avions eu déjà le plaisir de signaler ici même. Nous en dirons autant de l'aimable et sémillante Mlle Magdeleine Godard, dont nous n'avons plus à signaler le talent puissant et original sur le violon. — Vive la petite violoniste ! s'est écriée fort à propos une vieille pensionnaire

qui a, paraît-il, l'habitude d'exprimer ses sentiments par des exclamations très laconiques, mais, nous a-t-on dit, généralement moins bien en situation. Ce soir là la bonne vieille a été particulièrement bien inspirée, et ce n'est pas sans une véritable émotion que nous l'avons vue, à la fin de la représentation, au moment où elle voulait sans doute se faire l'interprète de ses compagnes pour remercier leurs bienfaiteurs, ne trouver rien à dire et exprimer cependant sa pensée avec éloquence, en embrassant les frères Lionnet, ce qui valait mieux que bien des phrases : voilà un baiser dont ils se souviendront certainement ; ils ont dû, dans leur vie, en recevoir de plus gracieux et de plus aimable, mais jamais de plus franc et de plus naïf.

Parmi les artistes que nous n'avions pas encore eu le plaisir d'entendre dans ces soirées, nous devons citer, pour la partie littéraire, M. Delaunay de la Comédie-française, qui a dit, ou plutôt joué, deux fables de Lafontaine : le Meunier son fils et l'âne, Perrette et le pot au lait ont été un des succès de la soirée. Toutes les nuances, toutes les finesses du bonhomme Lafontaine, artistement mises en relief par l'éminent comédien, ont fait les délices de cet auditoire qui ne laissait passer aucun trait sans le souligner à sa façon : c'est le plus brillant éloge que l'on puisse faire de l'auteur et de l'acteur. Avec un *brio* incomparable, une grâce et un naturel tout à fait exquis, mademoiselle Hortense Damain (de l'Odéon) a « enlevé » le monologue intitulé « Un crâne sous une tempête ; » la mimique expressive de M. Périer, dans cette « scène de ménage, » a été aussi parfaitement comprise et goûtée.

Pour la partie musicale, citons : le duo de Mireille dit à ravir par M. Stéphanne (de l'Opéra-Comique) et mademoiselle Marimon que l'on a si rarement le plaisir d'entendre en France, depuis qu'elle nous a été enlevée par l'Angleterre, cette Angleterre si difficile dans le choix des artistes, mais qui sait si bien s'attacher ceux dont elle a reconnu la valeur ; — le boléro des noces de Fernande (de Deffés) et une villanelle de Reber par madame Morlet ; — le Noël de M. Rude par M. Stéphanne, avec chœurs par mesdames Morlet, Marimom et les frères Lionnet ; — un duo de Clapisson, les Gardes françaises, par les frères Lionnet ; — le trio de Faust, arrangé par Gounod pour piano, violon et orgue et exécuté par MM. A. Maton, G. Lamothe et mademoiselle M. Godard ; — la valse caprice de Rubinstein et les Courriers joués, avec tout l'art qu'on lui connaît, par l'éminent pianiste Th. Ritter. Enfin, nous devons une mention toute spéciale à M. Georges Lamothe pour ses accompagnements d'orgue et à M. F. Rivière qui s'est relayé, avec autant de talent que de bonne grâce, au piano, avec notre excellent ami M. Maton, qui reste toujours le roi des accompagnateurs. — Pierrot, ténor dans l'embarras, scène mimée par l'inimitable Paul Legrand, a terminé le concert au milieu d'un immense éclat de rire.

Un souper charmant, dont les honneurs étaient faits avec beaucoup d'urbanité et de bonne grâce par M. Lebas, le directeur de la maison, à réuni les artistes, les invités et quelques-uns des médecins de la Salpêtrière autour d'une table bien servie et présidée par le Préfet de la Seine et le Directeur de l'Assistance publique, qui, laissant de côté la représentation officielle et administrative, toujours froide et compassée, se sont simplement montrés hommes du monde, spirituels, bienveillants et pleins de reconnaissance pour les aimables artistes qui les entouraient. Dans des improvisations pleines de tact et d'à-propos, MM. Floquet, Quantin et le Dr Legrand du Saulle ont remercié avec effusion les organisateurs de la fête et les personnes qui leur ont prêté un si charmant concours. Après des compliments bien mérités, ils n'ont pas manqué de faire ressortir tout l'étendue du service que de pareilles soirées rendent aux malades et de remercier les artistes de l'assistance précieuse qu'ils viennent ainsi apporter de temps en temps aux médecins. Sans faire la moindre allusion à la politique, un Conseiller municipal, M. Guichard, a clos la série des discours en adressant, au nom de tous, des remerciments très sincères aux infirmières, surveillantes et sous-surveillantes, dont le dévouement, dans leurs pénibles fonctions, est au dessus de tout éloge.

Pour terminer dignement la soirée, deux artistes qui n'avaient pu se faire entendre au concert, MM. Lassalle, (de l'Opéra), et R. Luguet (du Palais-Royal), puis les frères Lionnet, ont fait entendre quelques-uns des plus charmants morceaux de leur repertoire ; enfin, comme il est bien permis de rire, quand on a bien travaillé... et bien mangé, mademoiselle H. Damain a dit, avec beaucoup d'entrain, deux pièces de vers d'une gaîté tout-à-fait gauloise qui ont eu les honneurs de cette petite fête de famille.

— Nous enregistrons avec le plus grand plaisir la nouvelle de l'élection de notre confrère le

Dr *Brugerolles*, que le département du Cantal a choisi, pour le représenter au Sénat.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Des contractures hystériques (1)

par le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon.

Les *contractures* dont Littré nous a donné la relation dans les auteurs anciens (2), ont été décrites par Pomme sous le nom de *racornissement des extrémités*, par Georget en 1821, sous celui de *rétractions spasmodiques des membres* ; Tonnelé en 1832 en a donné deux observations chez deux jeunes filles de quinze ans (3), Briquet une observation de contracture aiguë du côté gauche (4). Mais il faut arriver jusqu'aux recherches de M. Charcot (5) et au mémoire de MM. Bourneville et Voulet (6) pour avoir un travail important sur ce sujet.

Nous ne parlerons pas des contractures *passagères*, *aiguës*, qui surviennent pendant les attaques (à la première, à la seconde et à la quatrième périodes); ni des contractures *artificielles* que l'on peut produire pendant la somniation des hystériques à la période dite d'hyperexcitabilité musculaire, et que l'on détermine parfois par la vibration des branches d'un diapason sur les membres parésiés en imminence de contracture, par l'application de l'aimant ou encore par la compression ovarienne. Nous ne décrirons que les contractures *permanentes* et *spontanées* qui, survenant dans l'intervalle ou à la fin des attaques, persistent pendant un temps plus ou moins long.

Souvent les contractures, que nous allons passer en revue, se produisent sans cause; mais d'autres fois, surtout lorsque l'état hystérique est assez accentué, et que le système musculaire est doué d'une grande hyperexcitabilité, il suffit de la cause la plus légère pour la faire naître. On sait, par exemple, que les membres atteints de paralysie hystérique sont souvent en imminence de contracture (ce que l'on démontre par l'exagération des réflexes et l'existence de la trépidation spinale). Or, dans ce cas, une chute (1), une contraction musculaire un peu forte, l'application de l'électricité faradique sur les membres paralysés, peuvent suffire pour déterminer dans ces membres un état de contracture plus ou moins durable. Chez certaines hystériques, même exemptes de paralysie, un simple effort musculaire peut être cause de contracture : ainsi on voit des malades être atteintes de torticolis, parce qu'elles ont tourné vivement la tête de côté, de contracture des orbiculaires des paupières, parce qu'elles ont fermé violemment les yeux, opposant une grande résistance au doigt qui voulait les ouvrir, ou encore de contracture du pied à la suite d'une course prolongée.

Le traumatisme, chez les hystériques, peut également être cause d'une contracture qui devient souvent la première manifestation de *l'hystérie infantile* (torticolis, pied bot, coxalgie, etc.), et ce traumatisme peut être extrêmement léger, constitué par une simple contusion, une piqûre, l'application d'un cautère, d'un vésicatoire, ou même simplement de la teinture d'iode (comme nous en avons vu un exemple). D'où le précepte de ne jamais chercher à faire des tentatives de réduction, de traction, etc.. sur les membres contracturés (2).

Il est certain qne ces contractures sont d'origine réflexe, qu'elles se produisent et persistent à la faveur d'une sorte d'exaltation de la réflectivité médullaire spéciale à l'hystérie ; on peut dire en un mot avec MM. Brissaud et Ch. Richet que, dans les cas de traumatisme, « les terminaisons sensitives des nerfs musculaires centripètes, vivement impressionnées par la secousse imprimée au membres, soit passivement, soit activement, provoquent de la part du centre de réflexion une réaction soudaine et durable, d'où résulte, une contracture (3). »

(1) Extrait du traité. « *Les Névroses.* » (Paris, 1882 sous presse, chez Germer Baillière, un vol. grand in-8, de 1195 pages).

(2) Littré, *Un fragment de médecine rétrospective* (*Philosophie positive*, 1879, p. 103).

(3) Tonnelé, *Mémoire sur une nouvelle maladie des enfants.* (*Gaz. méd.*, 1832, p. 1). On trouve encore dans les thèses suivantes des observations de contractures hystériques : Thèse de Raverot (Paris 1850), Baglou (Paris 1850), Lalou, Soudan (1852); Prieur (1853), Debaneaux (Strasbourg 1856); Rey (Paris 1858); Rusthegho (Strasbourg 1859).

(4) *Loc. cit.*, p. 435 et 448.

(5) Charcot, *Sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres* (*Soc. méd. des hôp.* 1865); Leçon sur la *contracture hystérique* (*Revue photographique des hôpitaux*, 1871, p. 193).

(6) Bourneville et Voulet, *De la contracture hystérique permanente*, 1872.

(1) Dans les hémiplégies dues à une affection organique du cerveau, un traumatisme léger, une chute peuvent également devenir la cause occasionnelle d'une contracture. (Voyez l'exemple remarquable de M, Terrier (*Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879, no 12).

(2) Il peut même se produire à la suite des tentatives de redressement ou de réduction, des *pseudo-contractures par appréhension* pour lesquelles M. Dally donne cette judicieuse explication : « Le souvenir des douleurs endurées determine un état mental très actif que l'habitude rend inconscient et qui se traduit par une résistance énergique à toute tentative de mouvement imprimé au membre malade. » Ces pseudo-contractures ont pour caractère principal de cesser pendant le sommeil et de se reproduire au réveil. (Dally *Gaz. hebdomadaire*, 1874, et *Société de thérapeutique*, 28 décembre 1881 : travail sur le *traitement des contractures*.

(3) Brissaud et Ch. Richet, *Faits pour servir à l'histoire des contractures*. (*Progrès méd.*, 1880 p. 468.)

Les caractères généraux des contractures hystériques sont les suivants : Elles surviennent brusquement, soit après une attaque, soit à la suite d'une paralysie; la rigidité est souvent complète, absolue, ne cessant pas pendant le sommeil naturel, excepté dans le sommeil chloroformique qu'il faut pousser parfois très loin pour obtenir une résolution musculaire; ordinairement le membre contracturé est frappé d'anesthésie, et bien plus rarement d'hyperesthésie; il n'y a presque jamais de troubles trophiques, cependant on a observé deux ou trois fois, surtout dans des cas anciens, un peu d'atrophie du membre; ces contractures sont parfois annoncées pendant plusieurs jours dans les membres par des douleurs vives, des sensations diverses de fourmillement, de rétraction des muscles, ou encore par des tremblements et des secousses musculaires. — Leur *durée* est illimitée, pouvant se compter par jours, par mois ou par années, ou même par persister indéfiniment et produire, comme dans le cas remarquables cité par M. Charcot, des altérations dans l'axe médullaire. — Enfin la *marche* est spéciale, et si les contractures peuvent survenir brusquement et sans cause appréciable, elle peuvent disparaître de la même façon, ou encore sous l'influence de vives émotions, d'une forte contention d'esprit, etc., comme on en a cité un grand nombres d'exemples. Ce sont même ces guérisons spontanées et subites qui ont été exploitées trop souvent par l'ignorance, un certain charlatanisme et la superstition.

Avec MM. Bourneville et Voulet, nous décrirons successivement les *contractures partielles* qui n'atteignent qu'un ou plusieurs muscles, et les *contractures des membres*.

A. — Parmi les *contractures partielles*, il faut citer : *a*) le pied bot; — *b*) le torticolis hystérique; — *c*) la contracture de la face qui est très rarement générale, qui intéresse la moitié du visage (auquel cas la confusion est possible avec la paralysie faciale), ou encore qui peut n'atteindre que quelques muscles ou un seul muscle ; — *d*) la contracture des releveurs de la mâchoire ou trismus dont Pomme a donné le premier une bonne description, qui existe rarement à l'état isolé (deux cas de H. Landouzy et de Charcot) et qui s'allie le plus souvent à d'autres contractures de la face, du cou, des membres; — *e*) la contracture de la langue se traduisant par un état de raideur, d'immobilité de cet organe, auquel s'ajoute souvent une anesthésie sensorielle et sensitive de la muqueuse. Tantôt la langue sort de la bouche, tantôt elle est recourbée en demi-cercle avec sa pointe portée contre la partie postérieure du voile du palais ou la luette, et dans ce cas l'impossibilité de parler est plus ou moins complète; — *f*) la contracture des muscles du voile du palais qui devient tendu, immobile, ce qui porte un obstacle plus ou moins grand à la déglutition ; — *g*) la contracture de l'orbiculaire des paupières, des muscles droits interne et externe des globes oculaires; la contracture de l'iris avec myopie consécutive (*myopie hystérique*), dont M. Galezowski a fourni une bonne observation (1). Dans ce cas, il y avait contracture de l'iris et du muscle accommodateur, le myosis était si accentué, que le diamètre de la pupille mesurait à peine deux millimètres, et qu'on ne pouvait éclairer le fond de l'œil); — *h*) la contracture du larynx (aphonie par contraction), de la vulve (vulvisme au vaginisme); — *i*) contracture des muscles de la vie organique : de l'œsophage, du pharynx, du larynx, du sphincter vésical (retention d'urine); du pylore (vomissements par *pylorisme*); du sphincter anal, du canal cholédoque (contracture pour nous très hypothétique et capable de déterminer, d'après certains auteurs, une sorte d'ictère vaporeux), etc.

B. — Au point de vue de son siège, la *contracture des membres* comprend six formes :

1° La forme *hémiparaplégique* ou *monoplégique* dans laquelle la contracture n'affecte que l'un des membres supérieurs ou inférieurs.

2° La forme *paraplégique*. lorsqu'elle affecte les deux menbres inférieurs. Ceux-ci peuvent être atteints en même temps ou l'un après l'autre.

3° La forme *hémiplégique*, lorsqu'elle affecte les deux membres d'un même côté du corps. Au point de vue du mode de début, il faut distinguer également la *contracture hémiplégique d'emblée*, qui frappe en même temps les membres supérieur et inférieur, auquel cas elle se greffe le plus souvent sur une hémiplégie motrice qu'elle accompagne ou à laquelle elle succède, et la *contracture hémiplégique successive* qui se porte sur le membre supérieur après avoir occupé le menbre inférieur.

4° La *forme croisée*, assez rare, dans laquelle la contracture affecte le membre supérieur d'un côté et le membre inférieur du côté opposé. En tous cas, elle se montre d'emblée d'une façon tout à fait exceptionnelle.

5° La forme *générale* ou *diplégique*. Rarement, elle est générale d'emblée, le plus souvent elle gagne les membres l'un après l'autre.

6° La forme, *périarticulaire* affecte surtout les muscles entourant les articulations du pied ou de la hanche.

Voyons maintenant quels sont les caractère cliniques de quelques-unes des formes que nous avons admises :

Dans la forme *hémiparaplégique*, le membre inférieur est beaucoup plus souvent atteint que le supérieur. Lorsque celui-ci est frappé de contracture il est dans la flexion. Il n'en est pas de même du membre inférieur qui est dans l'extention, porté dans l'adduction ;

Dans la forme *paraplégique*, les membres sont dans l'extension et l'adduction forcée, au point que les genoux sont rapprochés l'un de l'autre, les talons sont élevés, les malléoles internes effacées et les malléoles externes saillantes par suite de l'inclinaison en dedans des pieds qui se touchent par leur extrémité digitale et se regardent par leur face plantaire. Enfin à la longue, le repos forcé au lit et l'absence de mouvements peuvent

(1) *Progrès médical*, p. 39, 1878.

déterminer un léger amaigrissement des membres inférieurs ; l'œdème des pieds, qui s'observe très rarement, parait dû à des troubles de la circulation locale. — Dans un cas observé par M. Lasègue, les membres inférieurs étaient, au contraire, dans un état de flexion tel que les genoux venaient toucher le menton.

Dans le type *hémiplégique*, on observe plusieurs variétés: — *a.* le membre inférieur est dans l'extension et présente l'attitude que nous avons décrite pour le type monoplégique inférieur ; le membre supérieur est dans la flexion, le bras étant placé dans l'adduction et appliqué contre le thorax, l'avant bras en supination, fléchi à angle droit sur le bras et reposant par son bord cubital sur la base du thorax, la main et les doigts également fléchis avec le pouce en adduction et recouvert par les autres doigts (cette variété est de toutes la plus fréquente) ; — *b.* Dans des cas très rares, avec la flexion du bras, de l'avant-bras et des doigts, on observe l'extension du poignet sur l'avant-bras ; — *c.* Les membres inférieur et supérieur sont tous deux dans l'extension. Le bras rigide est plus ou moins appliqué contre la paroi latérale du thorax, l'avant-bras en pronation forcée, la main et les doigts en état de demi-flexion ; — *d.* L'extension avec adduction pour le membre inférieur peut être remplacé par l'extension avec abduction ; enfin le membre supérieur peut être fortement porté en arrière par suite d'un mouvement de torsion tel, qu'on a vu se produire une luxation de l'épaule.

La forme *diplégique* permanente est rarement générale d'emblée, et le plus souvent la contracture atteint successivement les membres, elle est d'abord monoplégique, puis elle devient hémiplégique, enfin l'autre côté se prenant à son tour, elle devient hémiplégique double, c'est-à-dire générale ou diplégique.

On observe également plusieurs variétés : — *a.* membres inférieurs dans l'extension et membres supérieurs dans la flexion ; — *b.* l'un des membres supérieurs est dans la flexion, l'autre dans l'extension ; — *c.* la contracture s'étend, non-seulement aux quartre membres, mais elle gagne les muscles releveurs de la mâchoire, les muscles du larynx, la langue, etc.

La forme *périarticulaire* atteint le plus souvent les muscles du pied et aussi ceux de la hanche. Dans le premier cas, le pied présente une déformation particulière connue sous le nom de *pied bot varus equin* : le talon est élevé, le tendon d'Achille extrêmement rigide, la face dorsale du pied regarde en dehors, la face plantaire en dedans et en haut, le pied repose sur son bord externe, le plus souvent il y a flexion des orteils. Quelques auteurs (C. Bell, Little, Boddaert, Boissarie, Skey, Laycock, Bourneville et Charcot), ont relaté des cas où la contracture était limitée au pied sous forme de varus equin, de varus direct etc. (1).

Dans le second cas, qui est le plus fréquent, la contracture affecte plus particulièrement les muscles qui entourent l'articulation de la hanche pour donner lieu à ce que l'on a désigné sous les noms de *coxalgie hytérique*, *spasmodique*, *nerveuse*. Cette affection, caractérisée par la contraction des muscles de la région pelvi-trochantérienne sans lésion de l'articulation, a été bien étudiée par Brodie, Robert, Verneuil, Barwell et Crolas. Comme dans la coxalgie vraie ou articulaire, on note une déformation de la hanche, la rotation du membre en dedans avec flexion, adduction et raccourcissement apparent la cambrure lombaire, l'immobilité spasmodique de la cuisse et du bassin ; quand on veut faire mouvoir l'articulation coxo-fémorale, on observe que les mouvements, très enchaînés et limités, n'ont pas pour siège cette articulation, qu'ils sont douloureux, et que le malade est dans l'impossibilité d'appuyer son membre sur le sol et de marcher.

Plus rarement on constate la rotation du membre en dehors avec abduction, l'extension et l'allongement apparent. Dans ces conditions, le diagnostic est toujours possible : par l'anesthésie chloroformique, en effet, on fait disparaître cette raideur musculaire et avec elle tous les symptômes de cette pseudo-coxalgie (1), ce qui n'a pas lieu pour la coxalgie vraie ; la douleur est plus superficielle, ayant surtout pour siège les muscles contracturés, elle est plus diffuse et disparaît pendant la nuit, tandis que dans la tumeur blanche, la douleur est plus profonde, de siège articulaire, s'exagérant par les fortes pressions exercées de dehors en dedans sur le grand trochanter, ou surtout de bas en haut sur le pied ou le genou, et prenant souvent un caractère d'acuité plus grand pendant la nuit. Les mouvements transmis à l'articulation font entendre des craquements caractéristiques qui ne se présentent jamais au même degré et sous la même forme dans la coxalgie nerveuse, où il sont extrêmement rares et mêmes douteux, ne présentant en tout cas, d'après Barwell, que la sensation d'une crépitation parcheminée (2). Dans la coxalgie vraie, les phénomènes locaux, la chaleur, le gonflement, la rougeur, etc., sont fixes et constants; il sont au contraire mobiles et fugaces dans la coxalgie fausse, d'apparence congestive plutôt qu'inflammatoire, et se lient à des phénomènes de paralysie vaso-motrice. La première s'installe lentement, progressivement chez le sujet, et peut se terminer par des abcès, la suppuration de l'article. Rien de pareil pour la seconde qui a

(1) C. Bell (*The nervous system of the human body*, 3e éd., 1836. — Little, *Treatise on the nature and treatment of club foot and anat. distorsions*, Londres 1839): — Boissarie (*Gaz. des hôp.*, 1861) ; — Boddaert (*Ann. de la Soc de méd. de Gand* 1869) — Skey, *Hysteria. etc.*, 1870 ; — Bourneville et Voule, *loc, cit ;* — Charcot, *loc. cit.*)

(1) Pour voir si une déformation est due à une contracture et non à une rétraction fibreuse, on peut faire l'expérience suivante : On applique la bande d'Esmarck autour du membre qui est par là rendu exsangue, et dont les muscles perdent ainsi leur contractilité. S'il s'agit d'une contracture, la déformation cesse pendant tout le temps de l'application de la bande.

(2) Barwell, *Affections hystériques des articulations* (*Union med.* 1859).

une marche plus capricieuse, moins progressive : elle peut survenir rapidement, atteignant d'emblée son maximum de développement et présentant souvent des exacerbations subites suivies de rémissions non moins rapides dans les symptômes.

Le diagnostic peut encore présenter des difficultés lorsqu'une coxalgie fausse survient chez une hystérique strumeuse, ainsi que nous en avons observé un cas remarquable tout dernièrement. Mais alors, la pierre de touche du diagnostic réside dans les résultats de l'anesthésie chloroformique. *(à suivre.)*

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

De la syncope cardiaque d'origine réflexe.

Par le Dr Ch. Liégeois, (de Bainville-aux Saules, Vosges.) Lauréat des Facultés de médecine de Nancy, et de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

Je savais que, le 9 mai 1882, M. le professeur Vulpian avait présenté à l'Académie de médecine au nom de M. le Dr H. Arnaud (de *Saint-Gilles-du-Gard*) une note sur la syncope : on comprend combien j'ai été heureux de lire, dans le n° 21 du *Concours médical* (samedi 27 mai 1882,) les considérations critiques intéressantes qu'à émises, sur ce phénomène, le distingué confrère qui fut mon redoutable concurrent pour le prix Civrieux de 1880, et dont j'ai pu apprécier la haute valeur scientifique, à propos de la récente polémique qu'il a engagé avec moi, relativement à une maladie que je n'admets pas et qu'i admet, l'hyperthrophie du cœur d'origine morale. Aujourd'hui, je me propose d'examiner, et c'est le travail de M. Arnault qui a rappelé mon attention sur ce point délicat de physiologie pathologique, suivant quel mécanisme se produit la syncope consécutive à une impression périphérique.

D'après M. Arnaud, « dès qu'elle est reçue par l'extrémité nerveuse sensible, l'impression périphérique anormale se répand, s'irradie dans tout le système; il n'y a pas de raison pour qu'elle se dirige vers le cœur plutôt que vers le cerveau.....; il n'est pas probable à priori que le cœur soit le premier, le seul organe atteint par l'impression anormale qui produit la syncope..... L'ébranlement du nerf centripète primitivement atteint se répercute sur les diverses parties du système nerveux : les centres nerveux, subitement impressionnés, subissent une sorte de paralysie temporaire. Toutes les parties nerveuses centrales ne sont pas nécessairement impressionnées de la même manière. Quand la dépression porte sur un seul département nerveux, il est impossible que les ganglions intra-cardiaques soient seuls atteints; mais c'est là un fait exceptionnel qui ne peut s'expliquer que par une impressionnabilité spéciale, individuelle de ces ganglions. Le plus ordinairement, l'organe qui est le premier atteint, alors que les autres sont relativement respectés, c'est le cerveau ; à un degré plus avancé de la syncope correspond l'atteinte du cerveau et de la mœlle épinière; à un troisième degré l'atteinte du bulbe vient s'ajouter à celle des objets précédents : il y a alors suspension de la respiration active, syncope respiratoire, suivant l'heureuse expression de M. Vulpian. Enfin la dépression des ganglions du cœur, la syncope cardiaque doit-être considérée comme le dernier degré de la syncope. »

Telle est, relativement à la physiologie pathologique de la syncope réflexe, l'opinion de mon très savant confrère; il ne m'en voudra pas, je le sais d'avance, de dire à mon tour, dans ce journal, mon sentiment sur le mécanisme de la syncope cardiaque qui suit certaines impressions périphériques.

A. — Syncope cardiaque dans les troubles morbides des viscères splanchniques.

La *gastralgie* peut, d'après J. Franck (1), qui appuie lui-même son assertion sur Adolphi, Camerarius, Plater, Pomme, Riedlin, Amatus, Bauchinus, Forestus et Horstius, occasionner la syncope. Je possède l'observation d'une femme de 35 ans qui, au troisième jour des règles, éprouve pres que à chaque époque sans troubles dysménorrhéiques concomitants, une *gastralgie syncopale* (cardialgia syncoptica, Gœlicke) dont je n'ai jamais pu prévenir le retour.

Guérard (2) a publié un cas de mort subite par syncope cardiaque à la suite de l'ingestion d'eau glacée, le corps étant en sueur.

Le même accident arrive souvent aux enfants qui prennent des aliments trop chauds ou des boissons bouillantes.

M. E. Martel (3) a relaté un cas de mort subite par action réflexe partant de l'estomac. Un garçon de 15 ans, au quinzième jour d'une fièvre muqueuse legère, tombe en syncope pendant qu'il se promène dans la salle immédiatement après le déjeuner. L'autopsie apprit purement et simplement que l'estomac était distendu par une masse de haricots blancs non encore attaqués par la digestion.

Riedlin (4) signale la syncope causée chez les enfants par des erreurs de régime capables de créer des saburres dans l'estomac.

Bonet (5) attribue le même effet aux vers stomacaux ; des noyaux de prunes, une aiguille arrêtés dans l'estomac (6) ont amené semblable dénoûment.

Parmi les formes de la *goutte rétrocédée* ou remontée à l'estomac, il en est une, la *forme cardialgique* ou *spasmodique* (Budd, Scudamore), qui présente les symptômes suivants : douleur

(1) J. Frank, *Encycl. des Sc. méd.* — Trad. Bayle, T. V. p. 428.
(2) Guérard, *Ann. d'yg.* - 1842, T. XXVII, p. 43.
(3) E. Martel, *Gaz. hebd.* - no 38, 21 sept. 1877.
(4) Riedlin, *Lin. méd.* - 1700, p. 97.
(5) Bonet, *Sepulchr.* - lib. 11, sect. X, obs. 21.
(6) *Eph. nat. cur.* dec. 1, an 10, obs. 109 — an 4 et 5 obs.. 86.

vive avec un sentiment de crampes à la région épigastrique, calmée par la pression, distension marquee de l'estomac avec vomissements souvent incoercibles, algidité, sueurs froides, pouls petit, fréquent et irrégulier, tendance à la syncope; celle-ci a été mortelle dans deux cas de Scudamore dans un de Budd, dans un autre de Dittrich.

La *faim-walle* ou *fringale* est suivie de syncope chez l'homme, et, parmi les animaux, chez le cheval, si le besoin irrésistible de manger n'est pas satisfait.

Les souffrances de l'entéralgie sont parfois si atroces qu'elles peuvent, d'après Reidlin (1) et d'après J. Frank (2) déterminer non-seulement la lipotbymie, mais la syncope.

Dans la colique que Barthez a appelée *colique iliaque nerveuse*, que d'autres ont désignée, sous les noms *d'anxiété, de passion mésentériques, d'iléus nerveux, de passion iliaque vraie* (Sydenham), on a vu des syncopes prolongées amener la mort.

On a dit que la présence de *phlegmes* dans l'intestin pouvait aussi provoquer la syncope : M. Marotte (3) fit autrefois une communication de ce genre à la Société médicale des hôpitaux. Vigla, Barthez, Delasiauve, Devergie, qui prirent part à la discussion du fait de Marotte, rapportèrent des cas analogues : dans celui de Devergie, la syncope fut suivie de mort. Pour ma part, j'ai déjà donné trois fois des soins à un jeune enfant de 2 ans pour un état syncopal, chaque fois assez persistant, que j'ai cru devoir mettre sur le compte de troubles intestinaux qui reparaissent aux changements de saison.

Les *vers intestinaux* peuvent aussi être considérés comme cause de la syncope chez les enfants. Trois fois en 1880, j'ai administré, avec plein succès, la santonine à un petit enfant dont les syncopes m'ont semblé dépendre d'une quantité considérable d'ascarides.

MM. Dieulafoy et Krishaber ont relaté l'observation d'un enfant de 11 ans qui, ayant avalé des noyaux de prunes, eut des convulsions épileptiformes, suivies de syncope mortelle : on trouva les noyaux accumulés dans la dernière partie de l'iléon.

Portal (4) cite un cas de *colique hépatique* terminée par une syncope. Il s'agit d'un certain M. d'Ormesson, premier président du Parlement de Paris, atteint de coliques hépatiques dues à des calculs biliaires enclavés : une crise l'emmena qui ne ressemblait pas aux autres, caractérisée par la sueur froide, le délire, une syncope et la mort. A l'autopsie qui fut faite par Desault on trouva des calculs dans la vésicule du fiel et dans l'intérieur du foie.

Durand-Fardel (5) rapporte un fait appartenant à Gehrardt dans lequel la mort subite par syncope fut expliquée par un calcul logé dans le canal cystique. M. Charcot (1) relate, d'après le *The medical Times and Gazette* de 1867, l'histoire d'une femme de 33 ans qui avait eu plusieurs coliques et des syncopes. A l'autopsie, la vésicule renfermait un gros calcul et dans l'étendue de quelques centimètres le canal cystique était assez large pour admettre le bout du doigt.

« Des malades d'une constitution délicate et nerveuse peuvent, écrit Fauconneau-Dufresne (3), succomber par l'excès de la douleur ; nous avons déjà indiqué la syncope comme ayant lieu au début, elle peut aussi survenir dans le cours de l'attaque. On a eu quelquefois beaucoup de peine à en faire revenir les malades et elle peut même les entraîner au tombeau. »

La syncope est plus rare dans la *colique néphrétique* : Riedlin, J. Frank la signalent cependant.

La clinique m'autorise à dire, que, dans la *péritonite*, la mort arrive souvent par syncope cardiaque ; mais il ne s'agit pas toujours de cette syncope paralytique dans laquelle le cœur est relâché, il peut s'agir d'une syncope spasmodique dans laquelle le cœur est contracturé, tétanisé ; je n'invente rien :

Un malade entre en novembre 1874 dans le service de mon savant maître M. Bernheim, de Nancy, dont je suivais les leçons à l'hôpital Saint-Charles. Il parcourt douze jours d'une fièvre typhoïde à symptômes non douteux. Au treizième jour survient une perforation intestinale et la mort au bout de quarante-huit heures. Ce qui frappe, à l'autopsie, outre les lésions péritonéales et celles des glandes de Peyer, c'est le cœur dur, vide, de sang, atteint en apparence d'une hypertrophie concentrique, mais, en réalité, *tétanisé, en systole.*

J. Frank (2) raconte avoir observé dans le mois de décembre 1810 une dame de Vilna, âgée de 50 ans, atteinte d'ictère dû à un *squirrhe du foie*. La maladie était incurable sans doute, mais le terme fatal paraissait encore éloigné. Tout-à-coup, la patiente accuse un état de souffrance extrême et un sentiment de distension dans la région épigastrique, puis elle éprouve un syncope qui l'emmène dans *l'espace d'un quart d'heure*. « A l'autopsie, dit J. Frank, nous trouvâmes que le lobe gauche du foie, squirrheux et hypertrophié, déprimait si fortement l'estomac que la position de cet organe était devenne presque vertical. On conçoit aisément, ajoute-t-il, quelle distension avaient dû éprouver dès lors les nerfs épigastriques. »

Dans un cas de *squirrhe du pancréas*, observé par le même auteur en 1814, la mort subite par syncope eut lieu au moment où on s'y attendait le moins.

Les syncopes relativement fréquentes au début de la maladie d'Addison, relèvent du trouble mor-

(1) Riedlin, *loc. cit.*
(2) J. Frank, *loc. cit.*
(3) Marotte, *Comm. Soc. méd. des hôp.*, 1853.
(4) Portal, *Traité des maladies du foie.* p. 171.
(5) Durand-Fardel, *Un. méd.*, mars 1870.

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du foie des voies biliaires et des reins.*, Paris, 1877, p. 154.
(2) Fauconneau-Dufresne, *Précis des maladies du foie et du pancréas.*, Paris, 1860, 1e édit., p. 325.
(3) J. Frank, *loc. cit.*, T. IV, p. 542.

bide ou de la lésion anatomiqne des capsules surrénales; plus tard elles résultent de l'anémie à laquelle conduit fatalement cette maladie.

Peu fréquentes sont les syncopes pendant la *grossesse*, excepté peut-être, dit Churchill (1), à l'époque où la femme sent remuer. Cette disposition peut aussi exister soit accidentellement, soit périodiquement, surtout chez les femmes qui n'ont pas de nausées ni de vomissements » . — « Les mouvements de l'enfant, dit plus loin Churchill, bien que très faibles, sont souvent la première cause : ils le deviennent encore bien plus quand ils sont plus marqués. L'absence du sommeil, la fatigue, les mouvements brusques, la vue des divers objets, les odeurs désagréables, la chaleur. l'anémie, sont encore des causes actives de cet accident. » Burns (2) dit avoir vu souvent des syncopes devenir fatales dans les premiers mois d'nne grossesse quand il y a affection organique du cœur. Par exception, ce fait peut se présenter plus tardivement, au sixième mois, par exemple. Pour lui, « la syncope se montre souvent chez les femmes qui sont, du reste, en bonne santé, mais elle peut aussi survenir tous les jours pendant quelque temps chez celles qui sont affaiblies par une diarrhée alternant avec la constipation, ou par le manque de sommeil occasionné par des maux de dents, etc. Elle peut succéder à un exercice uu peu violent ou à des mouvements rapides ou à l'exposition au froid, mais elle peut aussi survenir lorsque la personne est dans un repos parfait; le paroxysme est quelquefois complet et de longue durée; d'autres fois la malade ne perd pas la connaissance de ce qui se passe et revient bientôt ».

Au moment du travail, la syncope, dit Dewels (3) est un accident grave qui survient quelquefois après chaque douleur et cause alors de grandes alarmes.

« Il est, dit Velpeau (4), des femmes tellement irritables et nerveuses, qu'elles tombent en syncope aux moindres douleurs. D'autres fois les syncopes et les défaillances sont dues à la distention extrême de l'utérus, à la force des contractions, etc. Chez une dame enceinte de deux enfants, Désormeaux les a vues durer pendant tout l'intervalle des contractions, et la femme ne sortir d'un pareil état qu'au moment où la matrice réagissait avec violence sur son contenu ».

En parlant de la syncope, Merriman (5) dit que c'est un accident que l'on ne doit jamais regarder avec indifférence. « Un accoucheur se trouvait auprès d'une jeune femme enceinte de son premier enfant, le travail était au début, il la laissa seule. En son absence la femme eut une syncope incomplète. Quand le médecin revint auprès d'elle la malade semblait entièrement rétablie, on ne s'inquiéta donc de rien, et l'accouchement fut naturel. Trois jours après cette femme mourut subitement à la suite d'une purgation. »

(1) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, etc, 1874, 2e éd. , p. 847.
(2) Burns, *The principles et midwofery*, p. 264.
(3) Dewees, (*Midwifery*, p. 252)
(4) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, Paris, 1835, 2e éd., T. II, p. 179.
(5) Merriman, *Synopsis of difficult parturition*, p. 187.

On a également signalé la syncope lors de la *la rétention du placenta* ou *de caillots* dans la cavité intrà-utérine, indépendamment de toute hémorrhagie ; Spiegelberg (1) l'a constatée deux fois pendant des lavages intra-utérins, une fois suivie de guérison, une autre fois suivie de mort.

Enfin, bornons-nous à remettre en mémoire un fait que chaque médecin a vu, pour lequel j'ai été plus d'une fois arrêté dans le cours de mes tournées rurales, la syncope dans la dysménorrhée.

Il est temps d'aborder, tel que je le comprends, le mécanisme général de la syncope cardiaque consécutive à ces différents troubles des viscères splanchniques.

M. Arnaud dit qu'il y a tantôt arrêt du *cœur sans syndrome syncopal*, tantôt *arrêt du cœur avec syndrome syncopal antérieur*. Je partage son avis, et, si vous voulez relire les différents faits que je viens d'énumérer, vous rappeler les cas de syncope dont vous avez été témoin, vous reconnaîtrez que la syncope a été bien des fois précédée de troubles nerveux et que si le syndrome syncopal a été souvent la conséquence, la manifestation de l'arrêt du cœur, souvent aussi il a paru précéder durant quelques instants, cet arrêt du moteur central.

Je tiens à dire comment je rends compte de l'une et de l'autre particularité. (*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SERVICE MILITAIRE.

1° LA LOI SUR LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE ET L'AVENIR DES SCIENCES.

On ne peut lire sans une douloureuse impression le projet de loi soumis à la Chambre des députés et qui, sans augmenter notre génie militaire, doit détruire notre puissance littéraire, scientifique et artistique. L'ignorance suit de près le militarisme. Sans mettre en doute la nécessité qu'il y a, pour le temps présent, de constituer une armée aussi nombreuse que solide, il m'est permis de signaler le danger qu'il y aurait pour la grandeur de la France à interrompre toutes les études de la jeunesse pendant un an pour les uns et pendant deux ans pour les autres. On a peine à comprendre qu'après avoir renforcé les programmes de l'enseignement secondaire, amoncelé les difficultés autour des examens de baccalauréat, de licences et d'écoles spéciales pour préparer des lettrés, des ingénieurs, des artistes, peintres ou musiciens, des avocats, des médecins, des chimistes, des physiciens, des naturalistes, des ma-

(1) Spiegelberg, cité *in Conc. méd.*, 1875, n° 18, p, 187.

thématiciens, en un mot des savants de tout ordre, l'Etat puisse leur dire : assez d'étude et de science comme cela, pendant deux ou trois ans vous vivrez de la vie de caserne et, si l'étude vous plaît encore après cette épreuve, vous recommencerez. Tout le monde sait bien qu'une semblable interruption c'est l'oubli des études commencées et l'anéantissement de l'esprit de travail si nécessaire au développement progressif de nos connaissances. Ne pas entretenir son esprit, c'est l'abaisser, et tout travail longtemps interrompu est à reprendre par le commencement. Celui qui n'aura pas fait d'art et de lettres, de mathématiques ou de sciences, d'anatomie ou de chimie pendant deux ans, aura bien de la peine à retrouver ce qu'il savait autrefois; lettres ou sciences, il ne les apprendra jamais bien et ne fera peut être qu'un savant de second ordre dans une carrière où il eût brillé au premier rang. Si la loi est votée, la France cessera d'être l'égale des autres nations de l'Europe, car aucune d'elles, par le service obligatoire militaire, n'est organisée d'une façon aussi nuisible à la culture et au développement de l'esprit humain. Crevons ce nuage d'obscurantisme qui voltige sur la France, avant qu'ils ne nous enveloppe et que tout ce qui a un cœur de savant: professeurs, académiciens, littérateurs, peintres, artistes, ingénieurs, médecins et avocats, se réunissent pour une protestation commune.

J'en appelle enfin à tous les confrères de la presse politique, littéraire et scientifique. Qu'ils veuillent entendre cet appel et joindre leur force à cette défense commune de la puissance intellectuelle du pays. Que chacun d'eux dise sa pensée dans la forme qu'il lui conviendra, et si un maître veut prendre l'initiative d'une convocation générale de tous les professeurs et de tous les étudiants de Facultés et d'Ecoles spéciales, il y a là une belle occasion, en dehors de toute opinion politique, de combattre pour la grandeur de l'esprit humain et pour la gloire de la France. Il ne faut pas que, sous le prétexte d'une hypocrite et mensongère égalité, l'on prépare à notre pays une ère d'abaissement et de décadence intellectuelle dont il aurait toutes les peines du monde à se relever.

Après avoir indiqué quels seraient les effets malheureux de la loi militaire, telle qu'elle est proposée, sur l'esprit humain et sur l'avenir des lettres, des sciences et des arts, il est utile de préciser davantage, relativement à la médecine. C'est par les détails qu'on verra combien la loi sera funeste, et si l'on veut faire de même pour les différentes catégories d'études de la jeunesse intelligente, on verra que le préjudice sera le même.

. . . .

La diminution du nombre des médecins résultera de la prolongation des années d'études nécessitée par l'interruption de la scolarité pendant deux ans et l'oubli qui en sera la conséquence. Ainsi, l'étudiant qui commence à 19 ans et qui aura deux ou trois ans d'études lorsque le service obligatoire l'appellera, partira, sachant son anatomie et sa physiologie. Il reviendra au bout de deux ans ne sachant plus rien, et se trouvera dans l'obligation de recommencer. Il en sera de même des études de physique et de chimie médicale ou d'histologie. Cela fera deux ans à employer pour réapprendre la matière des examens, ce qui portera le nombre des années d'inscription scolaire a sept ans au lieu de cinq. Et encore quel sera le degré des connaissances d'un docteur préparé dans de telles conditions? Si l'on ajoute à cela l'augmentation de frais imposée aux familles nécessiteuses qui pourront être obligées de reculer ou de ne pas s'engager, on verra qu'il y aura certainement diminution de la quantité et de la qualité des médecins. Il est vrai qu'ils en sauront toujours assez pour faire les députés de l'avenir.

Voilà pour la foule et le grand nombre des élèves. Mais l'élite, cette classe de laborieux qui forment la pépinière où se recrutent les internes, les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les chefs de cliniques, prosecteurs, agrégés de Faculté, professeurs, tout ce qui fait l'honneur de l'Ecole française, que deviendra-t-elle? La loi n'en dit rien pour beaucoup de raisons, et la première dispense d'indiquer les autres. C'est que ceux qui ont rédigé le projet n'en savent rien eux-mêmes. Il faut vraiment ne pas connaître la somme énorme de travail qu'ont à fournir ceux qui aspirent aux premiers rangs de la science médicale, et l'espèce d'entraînement préparatoire qu'ils ont à subir pendant dix ou quinze ans, pour s'imaginer qu'on pourra, sans inconvénient grave, les éloigner de l'hôpital et des études pendant deux ans. Ce rabattage de l'intelligence qui s'ouvre aux connaissances exactes et précises du début de la médecine sera le nivellement de la science par la médiocrité, l'égalité dans l'uniformité brutale, et tandis que, chez les nations voisines, la médecine étendra ses connaissances en utilisant et fécondant les aptitudes nationales par des institutions libérales, pouvant faire la grandeur du pays, chez nous, elle descendra du premier rang au dernier.

Le service obligatoire est nécessaire et existe à peu près partout en Europe. Suivons le mouvement : mais en imitant les autres nations, il faut imiter leurs institutions par leurs bons côtés. En Allemagne, pour sauvegarder l'honneur du pays, attaché à l'intérêt, à la prospérité des carrières médicales, les étudiants soumis au service obligatoire sont incorporés dans les régiments qui ont pour résidence les villes universitaires. En même temps que, sous l'uniforme, ils apprennent le maniement des armes, ils sont dans l'obligation de suivre les cours des Facultés où ils sont inscrits, et, quoique militaires, ils n'interrompent pas complétement leurs études. Nous faisons quelque chose d'analogue chez nous pour les élèves militaires du Val-de-Grâce, qui sont envoyés dans les cliniques et aux cours de la Faculté pour pouvoir passer les examens et prendre le grade de docteur. De même pour les élèves qui ayant 21 ans sont engagés militaires, et, servant à la caserne en militaires, suivent les cours de mathématiques spéciales de nos lycées pour concourir à l'école de Saint-Cyr ou Polytechnique. Eh bien, ce qui se fait pour certains étudiants qui se des-

tinent à la carrière militaire par les mathématiques qui conduisent aux écoles, par la médecine qui recrute le personnel des régiments, à la carrière civile des ingénieurs des ponts ou des mines et des tabacs, ne pourrait-on pas le faire pour tontes les carrières libérales? Il n'est certainement pas impossible de cantonner les élèves des carrières libérales, astreints au service militaire obligatoire, dans les villes de Facultés de lettres, de sciences, de droit et de médecine, avec obligation, sous l'uniforme et avec la surveillance des colonels, d'assister aux cours nécessaires à leur instruction. Si cela se fait en Allemagne, cela peut se faire chez nous, et quant à mettre sur la même ligne, dans l'impôt du sang, l'électeur qui ne sait pas lire et les bacheliers, les licenciés, les artistes, etc., ce peut être de la politique de poplarité, mais c'est une mauvaise politique qui ne peut durer, qui fera beaucoup de mal pendant plusieurs années et qui devra disparaître. Elle est condamnée d'avancepar l'élite savante et éclairée de la nation, qui ne comprendra jamais l'esprit de parti conduisant un peuple à s'éventrer lui-même.

(Extrait du *Paris médical.*)

2° LES MÉDECINS MILITAIRES.

La loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, a définitivement proclamé l'émancipation du service de santé, qui depuis bien longtemps, se plaignait d'être paralysé dans ses moyens d'action par l'intendance.

Nous ne raviverons pas cette vielle querelle entre l'administration et les médecins. Elle est vidée aujourd'hui, et vidée au complet avantage de la médecine.

Cette solution — d'ailleurs rationnelle — vient d'être consacrée à nouveau par un décret, en date du 27 mai, récemment inséré au *Journal officiel*. Ce décret a pour objet de règlementer les attributions nouvelles et le fonctionnement du service de santé.

Il n'est plus question de l'intendance. Celle-ci n'a plus rien à faire dans le service de santé. Elle en ordonnancera les dépenses, elle en vérifiera la comptabilité, elle en achètera le matériel, comme elle fait pour les corps de troupes de toutes armes; mais, nous le répétons, elle n'interviendra pas plus dans le service de santé qu'elle n'intervient maintenant dans le service des régiments.

Les médecins seront désormais maîtres absolus d'appliquer comme ils le voudront l'art de guérir.

A cet effet, on les pourvoit d'un *Comité consultatif de santé* qui siègera au ministère de la guerre, avec des attributions identiques à celles de tous les autres comités d'armes. Le comité consultatif de santé est composé du médecin inspecteur général, président, de cinq médecins inspecteurs désignés par le ministre et du pharmacien inspecteur.

A côté du comité, fonctionnera, non plus comme agent consultatif, mais comme organe essentiellement actif, une *direction* du service de santé. Le chef de cette direction, médecin militaire, bien entendu, travaillera avec le ministre de la guerre et recevra directement ses ordres, comme font les directeurs actuels de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie, des services administratifs, etc.

La direction du service de santé aura dans ses attributions le personnel et le matériel ; le personnel comprenant : le corps de santé militaire (médecins et pharmaciens), les officiers d'administration, des détachements d'infirmiers, des détachements du train des équipages et d'autres troupes, s'il y a lieu.

En ce qui concerne le matériel, la direction du service de santé donnera aux fonctionnaires de l'intendance les instructions utiles pour la création, l'achat, l'entretien et le renouvellement.

Le fonctionnement du service de santé étant ainsi assuré au ministère de la guerre, il y sera pourvu dans les corps d'armée, les établissements hospitaliers et les corps de troupes à l'aide de médecins militaires, chefs de service.

Rien n'est changé aux conditions de subordination et de service où se trouvent aujourd'hui les médecins des corps de troupes.

Mais, auprès de chaque gouvernement militaire ou commandant de corps de l'armée, il sera placé un médecin principal ou inspecteur, qui prendra le titre de directeur du service de santé et pourra être en même temps, médecin-chef de l'hôpital.

Le directeur du service de santé d'un corps d'armée aura l'autorité et les pouvoirs disciplinaires d'un chef de corps sur tout le personnel attaché au service hospitalier de la région. Il établit ou reçoit, et annote, s'il y a lieu, les propositions pour l'avancement et pour la Légion d'honneur concernant les médecins et pharmaciens des corps d'armée, ceux des corps de troupes compris, ainsi que les officiers d'administration, infirmiers, militaires du train des équipages et autres, dépendant du service de santé.

Dans chaque hôpital, le médecin-chef est chef de tout le personnel militaire et civil, attaché à l'établissement. Il a l'autorité et les pouvoirs disciplinaires d'un officier supérieur. Le pharmacien militaire et l'officier d'administration les plus élevés en grade dans l'hôpital sont des agents gestionnaires, placés sous l'autorité immédiate du médecin-chef. Ils constituent, avec lui, une commission d'administration.

Des règlements ultérieurs et des instructions ministérielles fixeront prochainement les détails relatifs à l'application du décret du 27 mai. Ils ne pourront qu'accentuer davantage l'évolution qui vient de s'accomplir, évolution dont le pays tout entier suivra les phases avec un incontestable intérêt, parce qu'aujourd'hui que tout le monde est soldat, tout le monde aussi tient à savoir s'il est vraisemblable que désormais nos malades et nos blessés doivent compter sur une assistance plus efficace que pendant les dernières campagnes.

Maintenant, les médecins militaires sont seuls maîtres d'organiser à leur gré le service de santé.

En même temps, ils deviennent seuls responsables. Espérons qu'ils seront à hauteur de leur tâche et qu'ils tiendront à honneur de justifier la confiance que le pays met en eux.

HENRY DES MARAIS.

(*La France*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Extension continue dans le traitement des fractures de cuisse, par P. RECLUS.

Jusqu'à ces derniers temps, le traitement des fractures de cuisse, a été un écueil pour le chirurgien. Il ne semble plus en être ainsi aujourd'hui. Voici quel est, en résumant tous les perfectionnnements, les *modus faciendi* à mettre en pratique.

On taille six bandes de diachylon de 1 m. 20 de long sur 0,06 de large. On les imbrique de façon à ce qu'elles se superposent à leur partie moyenne et divergent un peu à leurs extrémités.

La fracture est réduite avec soin; un aide tient le pied perpendiculaire à la jambe, un autre maintient les fragments. On colle une des extrémités des bandelettes sur la région latérale de la cuisse à partir du niveau de la fracture puis sur le condyle du fémur, sur la face latérale de la jambe, la malléole, le bord du pied. On forme une anse sous le pied et on remonte sur l'autre face latérale du membre en collant les bandes de bas en haut. On applique trois bandes circulaires de 6 centimètres de large faisant plusieurs fois le tour du membre pour empêcher le glissement des bandelettes en étrier (au-dessus des condyles, au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, au niveau des malléoles). Une ficelle attachée à l'étrier se réfléchit sur une planchette ou une poulie et supporte un poids de 3 ou 4 kilogr.

La traction est exercée dans l'axe du membre.

Le malade repose horizontalement sur le lit sans oreiller avec un petit traversin tout au plus. S'il est nécessaire on soulève par une ou deux briques les pieds antérieurs du lit. De cette façon, le poids du corps suffit pour la contre-extension et on évite les lacs contre-extenseurs passant dans un ou dans les deux plis de l'aine ainsi que les douleurs, excoriations ou eschares qu'ils produisent.

Pour maintenir le pied perpendiculaire à l'axe de la jambe (position nécessaire), M. Duplay place la jambe dans une boîte dont les côtés maintiennent les bords du pied, dont le fond soutient sa plante contre laquelle il est appliqué. Ce fond est percé d'un trou pour le passage de la corde qui fait l'extension.

Le soulagement est immédiat, dès que l'extension commence. Dans le cas le moins heureux, le raccourcissement s'est élevé à 3 trois centimètres (Tillaux). Au lieu des soixante à quatre-vingt jours réglementaires, cinquante, quarante et même trente jours ont suffi pour la guérison.

Le poids contre-extenseur suffit pour fatiguer les muscles et empêcher le chevauchement, il est insuffisant pour rapprocher le malade de la poulie. Chez les sujets indociles les mouvements de latéralité des fragments sont une cause de retard de la consolidation. M. Reclus y remédie en joignant pendant quelque temps à l'appareil un scultet facile à appliquer, puisqu'il n'a pas pour but de prévenir le chevauchement comme lorsqu'il est employé seul. (*Gazette hebdomadaire*, 30 décembre 1881).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

LES SYNDICATS ET L'ASSOCIATION GÉNÉRALE

En lisant attentivement les comptes-rendus des travaux de *l'Association générale* des médecins de France, aussi bien que ceux des *Sociétés locales* qui s'y sont agrégées, on est frappé, tout d'abord, de deux faits qui paraissent étranges, nous voulons parler de l'attitude d'un certain nombre de ces sociétés à l'égard des *syndicats médicaux* et des motifs qu'elles invoquent pour la justifier.

Si on veut bien mettre de côté quelques articles des règlements adoptés, dans une première ardeur de réforme, par quelques *syndicats*, et dont la mise en pratique trouverait des difficultés d'application que l'expérience aplanira sans doute, ou qui sont destinés à disparaître, on se trouvera en présence d'un programme qui résume incontestablement les *desiderata* du corps médical tout entier. Nous ne reproduirons pas ici ce qui a été exposé dans le no 18 du *Concours médical* relativement au but des *syndicats*. Nous prions nos lecteurs de vouloir bien s'y reporter, et de rapprocher ce qui a été dit à ce sujet, de ce que M. *Martineau*, secrétaire de l'Association générale a énoncé dans son discours (1). « L'association, dit-il, doit aussi aide et protection à ses « membres dans leurs rapports avec la société, avec les « pouvoirs publics. Elle doit non-seulement faire régner « la concorde entre tous ses membres, aplanir les difficultés, « atténuer les froissements qui surgissent fatalement « dans la pratique journalière de notre art, mais encore « les protéger contre les envahissements du charlata- « nisme et les aider dans la revendication qu'ils sont « appelés à exercer envers leurs clients, envers les ad- « ministrations publiques. » (*Union médicale*, page 707). — Et plus loin, page 708 : « Le règlement, l'élévation, « l'unification des honoraires, l'organisation de la méde- « cine des pauvres, de l'inspectorat des enfants assistés, « des écoles, l'exercice illégal de la médecine ont été « tour-à-tour le sujet de leurs (les sociétés locales) vives « préoccupations. »

Du reste, M. *Martineau* veut bien lui-même résumer le but des syndicats et nous transcrivons; « Ainsi réunis » en *syndicat*, les médecins fixeront un tarif d'honorai- « res qui ne pourra être violé, ils signaleront les noms « des clients qui ne *veulent pas* payer les honoraires des « médecins, afin que ces clients, ainsi signalés, ne puissent « recevoir les soins d'aucun médecin syndiqué, ils deman- « deront aux pouvoirs publics une augmentation des ho- « noraires pour la vaccination, la revaccination, le méde- « cine des indigents, l'inspection des enfants assistés, les « expertises, médico-légales. Comme sanction aux rap- « ports que les médecins doivent avoir entre eux, il sera « établi un conseil de discipline. Le syndicat aura pour « but, en outre, de poursuivre en justice tous les faits

(1) Séance du 16 avril 1882.

« d'exercice illégal, tous les faits de charlatanisme. » (*Union médicale*, p. 711.

Il semblerait que l'approbation complète de l'honorable secrétaire dût être acquise aux *syndicats* : « Tel est aussi le but que poursuit, non sans succès, je le dis hautement, l'Association générale des médecins de France depuis sa fondation. » Hélas ! il n'en est rien et la désillusion est complète, car M. Martineau termina ainsi son étonnante appréciation : « Il y a seulement une différence. La réforme demandée par les syndicats médicaux constitue à mon avis, dans quelques-unes des prétentions émises, l'omnipotence la plus grande qu'on ait imaginée jusqu'à ce jour, dans la corporation médicale du moins, car elle met entre les mains des membres du bureau des syndicat l'indépendance, la liberté dont, à juste titre, est si fier le médecin par l'engagement qu'on exige de lui, il abdique sa liberté. La formation des syndicats, telle qu'on la comprend, est le contraire absolu des principes les plus élémentaires inféodés au médecin, à sa mission toute de bienfaisance et de dévouement. A ce titre, je repousse le syndicat. » *Union médicale* p. 711.

On saurait être à la fois — comment dirai-je ? — plus violent et plus injuste. Notre très distingué confrère s'est, il me semble, laisser entraîner bien au delà des bornes qu'il s'était posées. Examinons froidement quelles raisons ont ainsi pu attirer sur les syndicats son éclatante réprobation.

Si nous avons bien compris le discours de M. le Dr Martineau, ce qui paraît surtout lui déplaire dans les syndicats, c'est : 1o l'établissement d'un *tarif* uniforme d'honoraires ; 2o l'établissement d'un *conseil de discipline* 3o la création du *livre noir*, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Nous allons successivement passer tous ces points en revue et les apprécier à leur exacte valeur.

S'il est un fait absolument hors de contestation c'est l'insuffisance des honoraires médicaux en général. Les syndicats cherchent à les mettre plus en rapport avec les besoins de l'époque en les élevant et en cherchant à fixer un *minimum* : il y obligation morale pour les membres d'observer ce *minimum* autant que possible. Mais il est incontestable que chacun trouvera au fond de sa conscience des raisons qui, parfois, feront baisser ce *minimum* et les circonstances dans les quelles il pourra en être ainsi doivent échapper à toute détermination systématique. Je ne pense pas qu'il existe au monde un seul médecin qui pût en vouloir à un confrère de donner gratuitement ses soins à un malheureux. Le tarif minimum doit être à l'usage de ceux qui peuvent payer. C'est un point d'appui, une base pour le médecin ; il lui permettra de tenir ferme contre les injustes prétentions et les lésineries d'un client récalcitrant. Sans lui, comment comprendre, par exemple, cette phrase du discours de M. Martineau, p. 708, loc, cit. « Aussi, toutes (les sociétés » locales) sont à l'œuvre du relèvement de la profession ; » toutes cherchent à *unifier* les honoraires, à *en élever le* » *taux* ; toutes ont conscience de la dignité et de l'indé- » pendance du médecin » ; Comment comprendre cette phrase si on n'admet pas l'établissement d'un tarif ? C'en est ce me semble la plus éclatante consécration qu'on puisse imaginer.

Mais ces honoraires qu'on veut élever, il ne suffit pas de les inscrire sur un registre : il faut bien aussi les réaliser. Ici, la solution est un peu délicate ; il faut bien prendre une détermination. Quelques syndicats ont, en effet, adopté le *livre noir* pour les clients qui, *pouvant payer leur médecin, se refusent à le rémunérer de ses peines et soins*. D'autres ont refusé, pour le moment, de s'engager dans cette voie : ils cherchent un procédé qui soit en même temps aussi efficace et moins violent ; quant à nous, nous ne voulons ni apprécier absolument, ni rejeter ce moyen d'une façon irrévocable. Dans tous les cas, nous ne voyons pas qu'il y ait là de quoi effaroucher la conscience ou la dignité d'un médecin. « D'ailleurs, chaque syndicat devra édicter les mesures « appropriées à la région, pour éviter l'exploitation de « ses membres par les clients qui, étant en situation de « rétribuer le médecin, ont l'habitude de se soustraire à « ce devoir. » Art. 47 des statuts de la commission générale des syndicats.

Quant au rôle et à la puissance que M. Martineau attribue à la chambre syndicale, j'avoue humblement que je ne m'étais pas douté de cette omnipotence. En effet, en ouvrant le *Concours médical*, numéro du 6 mai 1882, page 214, je lis :

« Art. 15. — La chambre syndicale forme, en quelque « sorte, un tribunal d'honneur auquel devront être sou- « mis les conflits qui pourraient surgir entre confrères « syndiqués. » Dira-t-on que « *ses décisions sont obli-* « *gatoires*, sauf recours à l'assemblée générale qui « statue définitivement. » Sans doute, on a voulu voir, dans cet article, l'aliénation de la liberté individuelle. Mais ne faut-il pas une règle à toute association ! Et quelles mesures pourront donc être prises ? Et, s'il s'agit d'un cas d'indignité, l'Assemblée ne devra-t-elle pas *toujours* pouvoir éloigner d'elle ceux auxquels une mauvaise action interdit le droit à l'estime de leurs confrères ?

Ce droit, l'association générale le possède. Si elle ne se l'était pas réservé, elle devrait immédiatement l'inscrire dans ses statuts, sous peine de voir s'éloigner d'elle tout ce qui, dans les corps médical, a le respect de soi-même et, dans ce cas, il lui resterait bien peu de partisans. D'ailleurs ne cherche-t-elle pas, comme tribunal d honneur, à aplanir les difficultés qui peuvent surgir entre confrères. N'a-t-elle pas, de ce chef, *un droit souverain*. Si on en doutait, il n'y aurait qu'à ouvrir le compte-rendu de l'association des médecins de la Gironde, séance du 28 octobre 1881, page 18, où M. le Dr R. Philippe, à propos justement d'un conflit survenu entre confrères, rappelle qu'aux termes de ses statuts, l'assemblée juge « d'une manière souveraine en matière de contestation « entre confrères. » Il est vrai que les conclusions de la commission designée pour examiner l'affaire en question sont bien inoffensives puisqu'elles se résument en un regret tout platonique.

La conclusion que nous voulons tirer aujourd'hui de tout ce qui précède, c'est que les reproches adressés aux Syndicats ne sont nullement fondés et que, autant que l'Association générale, nous entendons respecter et sauvegarder la dignité, la liberté l'indépendance du corps médical auquel nous avons l'honneur d'appartenir.

Dr A. Barat-Dulaurier.

Secrétaire de la commission générale des Syndicats
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Juin 1882 — 4me Année. — N° 25

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Denis-Dumont*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, a lu, à la dernière séance de l'Académie, l'observation d'un berger, âgé de trente-huit ans, qui, ayant manifesté tous les symptômes de la rage, fut apporté le 23 mai dernier à l'hôpital de Caen. Il avait été mordu, le 16 avril, à la partie antérieure et interne de l'avant-bras gauche, au-dessous du coude, par un chien enragé qui avait mordu également, le même jour, une femme et une petite fille; la femme était morte de la rage le 20 mai, et la nouvelle de cette mort avait fortement impressionné G..... qui, à partir de ce jour, devint inquiet, soucieux, agité, affecté d'une soif extraordinaire, se plaignant de difficulté à avaler et de mal de gorge, repoussant toutes les boissons qu'on lui présentait, manifestant de la tendance à mordre les personnes ou les objets qui l'entouraient et présentant les crises convulsives qui caractérisent les accès de rage. L'examen et l'observation du malade donnèrent à M. Denis-Dumont et aux autres médecins de l'hôpital la certitude que c'était bien là un cas de rage.

Le traitement employé consista principalement en injections sous-cutanées de pilocarpine (1 centigramme) qui déterminèrent une transpiration et une salivation abondantes; en même temps, on administra une potion avec 8 grammes de bromure de potassium, 4 grammes d'hydrate de chloral et 30 grammes de sirop de codéine. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide ne tarda pas à se manifester chez le malade. Le 30 mai, la guérison était considérée comme définitive.

En résumé, dit en terminant M. Denis-Dumont, rien n'a manqué à l'ensemble des faits pour caractériser la rage et confirmer le diagnostic, rien si ce n'est la dernière période, c'est-à-dire la mort. Pour ce médecin, dans le traitement de ce cas remarquable, la pilocarpine en injections sous-cutanées aurait joué le rôle le plus important, et c'est surtout à elle que la guérison devrait être attribuée.

La très intéressante communication de M. le Dr Denis-Dumont est renvoyée à l'examen d'une commission. En attendant, M. *Bouley* a annoncé qu'il ferait connaître, à la prochaine séance, une autre observation de rage confirmée guérie par les injections de nitrate de pilocarpine, observation qu'il a reçue, depuis quelque temps déjà, de M. le Dr *Dartigue* (de Pujol). — Ces deux faits engageront certainement les praticiens à faire de nouveau, dans les cas de rage, l'essai de la pilocarpine, quoique plusieurs expérimentateurs aient déjà tenté sans succès l'emploi de ce médicament en pareille circonstance.

M. *Blanche* reprend le discussion sur la folie et le divorce et répond à l'argumentation de M. Luys. Il a toujours admis, lui aussi, la possibilité de reconnaître, dans certains cas, l'in-

curabilité de la folie ; mais, parmi ces cas, le plus souvent le malheur pourrait être évité, si les mariages étaient conclus avec une prudence plus vigilante et, pour beaucoup d'autres, la période dans laquelle l'incurabilité est devenue définitive et sans rémission est relativement courte. Dans les premiers, il range les affections congénitales qui sont manifestes, et les affections héréditaires qui peuvent être reconnues avant l'âge ordinaire du mariage. Les seconds sont ceux des malades dans le cerveau desquels se produisent ces *bouffées de congestion*, et ces altérations multiples qui constituent la grande classe de aliénés avec lésions encéphaliques se traduisants par des troubles du système musculaire. Enfin, un troisième groupe comprend la manie, la monomanie, la mélancolie, la lipémanie, et c'est dans ce groupe que se rencontrent les cas dans lesquels il se produit des guérisons à une époque souvent très éloignée du début de la maladie.

M. Luys affirme qu'après quatre ans pour les hommes, et cinq ans pour les femmes, le médecin peut être fixé *sur les désordres anatomiques dont le malade est frappé et dont il ne pourra plus se relever*.

Il est impossible à M. Blanche d'accepter une semblable sentence pour un très grand nombre de malades, et il persiste à soutenir qu'il y a beaucoup de cas dont on peut dire qu'ils sont passés à l'état chronique sans que, cependant, ils offrent des signes d'incurabilité certains, et que, dans l'espèce, cette incurabilité ne peut être affirmée d'une manière absolue que pour les malades qui présentent en même temps des symptômes de lésions cérébrales.

Un autre point sur lequel M. Blanche est en complet désaccord avec M. Luys, c'est celui des rémissions dans la paralysie générale, rémissions dont les exemples paraissent à M. Luys *douteux* et *incertains*. M. Blanche déclare avoir soigné, avec M. le docteur Foville père, un malade atteint de paralysie générale, qu'ils ont suivi jusqu'à sa mort et qui a eu une période de rémission tellement complète que, sur le conseil d'un éminent confrère, il a été marié. Il en cite deux autres cas, et il en pourrait citer bien davantage; quant aux longues rémissions de la folie circulaire, elles ne sont pas plus contestables.

Quant aux arguments d'ordre sentimental, M. Blanche sait très bien qu'il est des cas où le conjoint de l'aliéné supporte son malheur avec impatience, mais il ne peut se décider à ne point considérer l'aliéné comme un malade semblable à tous les autres malades, à beaucoup d'égards, et qui en diffère par deux points qui le touchent profondément : c'est d'abord que sa maladie est la plus cruelle entre toutes, et ensuite qu'il est, par le fait même de la nature de son mal, incapable de se soigner, de se protéger lui-même, ce qui rend plus impérieux encore le devoir d'assistance et de protection que l'on voudrait demander à la loi de ne plus remplir.

Quant à la mesure proposée par M. le Dr Luys pour établir l'état d'incurabilité d'un malade contre lequel une demande en divorce serait formée, et qui consisterait à nommer une commission de trois médecins, chargés de l'examiner pendant un an ou deux, elle pourrait souvent jeter le tribunal dans un cruel embarras. Pourrait-on espérer que, dans cette commission, les opinions fussent plus unanimes qu'elles ne l'ont été à l'Académie même, et qu'elles ne le sont, hélas! le plus souvent, dans les choses de la médecine? — Nous ignorons si l'Académie se prononcera dans ce débat; pour nous, nous avons déjà dit et nous répétons que c'est la thèse de M. Blanche qui nous paraît la plus médicale, la plus scientifique et aussi la plus conforme aux intérêts de la société. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches expérimentales sur le principe acide du suc gastrique.

Par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Mémoire présenté à l'Académie des Sciences dans sa séance du 27 février 1882.

1° *Historique*.

Les savants sont encore partagés sur la question de savoir si le principe qui acidifie le suc gastrique est organique ou inorganique.

Sans nous attarder à refaire ici un historique fort long, nous rappellerons seulement les derniers travaux.

En distillant du suc gastrique dans une cornue, notre éminent physiologiste, Claude Bernard, constata que les 4/5es du liquide passaient à la distillation sans contenir d'acide sensible au papier de tournesol, et qu'en continuant la distillation jusqu'aux dernières gouttes, on obtenait, dans les produits ultimes, un précipité

de chlorure par le sel d'argent. L'apparition de l'acide chlorhydrique à une température élevée fit supposer qu'il n'existait point dans le liquide primitif, mais qu'il naissait de la réaction d'un acide organique quelconque sur les chlorures que contient normalement le suc gastrique.

Pour en administrer la preuve, Claude Bernard soumit à la distillation une solution d'acide lactique et de chlorure de sodium, et les mêmes phénomènes se reproduisirent avec une saisissante fidélité.

Plus récemment M. Laborde, chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, reprit la question (*V. compte-rendu de la société de biologie*, 11 juillet, 1874). Répétant une expérience déjà faite par Claude Bernard, il fit voir que la réaction du suc gastrique sur l'empois d'amidon, à la température de 155 degrés centrigr., n'est nullement la même que celle de l'acide chlorhydrique. Ainsi la teinture d'iode y décèle constamment la présence de l'amidon. Vient-on à ajouter de l'acide chlorhydrique, aussitôt, mais seulement alors, l'amidon se transforme et l'acide cesse de le colorer. En un mot, dit l'auteur, la réaction énergique que produit l'acide chlorhydrique, même à dose très faible, sur l'empois d'amidon, ne se réalise plus, lorsqu'on substitue du suc gastrique à cet acide en solution.

Dans une autre série d'essais, M. Laborde étudia la transformation du sucre de canne en glucose, et il trouva que l'addition au suc gastrique de faibles traces d'acide chlorhydrique conférait à ce liquide une puissance de réduction plus que double de celle qu'il possède à l'état normal.

Nous ne parlerons pas de la troisième série d'essais, parce que les résultats colorimétriques en ont été contestés. D'après M. Rabuteau, notamment, l'acide plombique ajouté à une liqueur aqueuse contenant un sel d'aniline et un acide, produit une coloration rouge dont la nuance est variable, mais n'est pas de nature à permettre la connaissance de l'acide qui est intervenu.

Quelques mois après, M. Rabuteau lut à la séance du 19 décembre 1874, de la même Société, un travail intitulé: Recherches sur l'acide libre du suc gastrique, dans lequel il s'efforce de démontrer que l'acide chlorhydrique existe dans ce liquide, à l'exclusion de l'acide lactique.

Le procédé par lequel l'auteur a la prétention d'établir l'existence de 2 gr. 50 d'acide chlorhydrique sur 1000 grammes de suc gastrique, a été examiné et combattu par M. Laborde, « Ce dernier chimiste a montré que l'acide chlorhydrique dans cette expérience, n'est rien autre chose que le produit d'une double décomposition entre le sel de quinine et le chlorure de sodium contenu dans le suc gastrique. La formation d'un chlrohydrate de quinine par la méthode de M. Rabuteau, ne serait donc, selon lui, qu'une conséquence forcée de la loi de Berthollet. Pour le prouver, il répéta l'essai tel qu'il est décrit par l'auteur, en se servant, au lieu de suc gastrique, d'une solution d'acide lactique additionnée d'une petite quantité de chlorure de sodium, et il arriva identiquement au même résultat que M. Rabuteau, à savoir que la liqueur aqueuse obtenue en dernier lieu, renfermait du chlorhydrate de quinine, et pourtant la solution primitive était tout-à-fait exempte d'acide chlorhydrique. Donc le procédé de M. Rabuteau est vicieux et ses conclusions, inadmissibles.

A notre tour, nous avons soumis à la distillation, dans un alambic en verre, une certaine quantité de suc gastrique provenant de l'estomac d'un porc, pachyderme dont le système dentaire a de l'analogie avec celui de l'homme, et qui fait volontiers usage de la même alimentation. Pour éviter la cause d'erreur qui peut provenir de la décomposition des sels du suc gastrique par le fait d'une température élevée, nous nous sommes servi d'un bain-marie à 110 degrés environ. Le résultat de cette nouvelle expérience fut entièrement négatif.

A titre de contre-épreuve, nous ajoutâmes alors, au reste du liquide contenu dans la cornue — une seule goutte d'acide chlorhydrique. Il n'en fallut pas davantage pour faire apparaître celui-ci dans le liquide distillé, lequel, de neutre qu'il était, acquit une réaction franchement acide, fournit un précipité blanc par le sel d'argent. Par conséquent, le suc gastrique, que nous avons examiné, ne renfermait aucune trace d'acide chlorhydrique libre (1).

Si le suc gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, doit-il son acidité à l'acide lactique, comme le veulent un grand nombre de chimistes : Berzélius, Chevreul, Dumas Liebig, Lassaigue et Leuret, Lehmann, Claude Bernard et, en dernier lieu, M. Laborde? Dans le mémoire déjà cité, M. Rabuteau analysant le suc gastrique d'un chien à qui il avait fait ingérer quelques tendons et qu'il avait sacrifié par la section du bulbe, n'a jamais réussi à obtenir, au moyen du lait de chaux, la cristallisation caractéristique de la présence de l'acide lactique. Son procédé consiste à neutraliser le liquide acide, par un peu d'eau de chaux, à précipiter l'excès de chaux par un courant d'acide carbonique et, finalement, à examiner le produit au microscope. Rien de plus aisé à reconnaître ainsi que le lactate de chaux. Du résultat négatif de cette recherche, la conclusion légitime qu'il n'existait pas d'acide lactique dans les liquides, pourtant très-acides, qu'il avait soumis à l'analyse. Ajoutant ensuite

(1) D'après Schmidt, cité par M. Paul Schützenberger dans le Dictionnaire de chimie de M. Wurtz, « le dosage direct du chlore contenu dans le suc gastrique au moyen du nitrate d'argent, donne un poids d'acide chlorhydrique supérieur à celui qui est nécessaire pour saturer la totalité des bases contenues dans le suc, et l'excès représente précisément la quantité d'acide libre mesurée acidimétriquement ». Mais quand on sait qu'il existe une notable quantité d'acide hippurique dans le suc gastrique, et que l'on se rappelle que cet acide forme aussi, avec le nitrate d'argent, un précipité blanc caillebotté, on est conduit à penser que l'hippurate d'argent a été pris involontairement pour du chlorure, et l'on ne saurait abonder dans le sens de l'auteur.

10 centigrammes seulement d'acide lactique à à 20 grammes de suc gastrique et, opérant comme précédemment, il obtint des cristaux de lactate de chaux, ce qui prouve péremptoirement que sa sa méthode était rigoureuse.

Nous avons répété l'expérience de M. Rabuteau sur le suc gastrique dialysé et nous sommes parvenu au même résultat final tout-à-fait négatif.

Indépendamment des deux hypothèses précédentes, qui seules ont cours dans la science, il en est une troisième, qui a été émise par Blondlot, sans trouver d'écho nulle part. Le physiologiste de Nancy se fondant sur ce fait, que le suc gastrique, tout acide qu'il est, se montre indifférent en présence du carbonate de chaux, avait eu l'idée que l'acidité de cette humeur était due à un phosphate acide. Cette hypothèse dont on ne peut certes dire qu'elle ne soit pas rationnelle, valait au moins la peine qu'on l'examinât et qu'on la réfutât avant d'y renoncer.

C'est ce que nous avons fait; mais, comme on va le voir, elle n'a pas mieux, que les deux premières, résisté à l'épreuve de l'analyse.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire dès maintenant que toutes nos recherches ont été faites sur le suc gastrique dialysé pendant 24 à 48 heures. Nous nous contentons, en général de racler la muqueuse gastrique des animaux d'un certain volume sacrifiés en pleine digestion, et, quand il s'agit d'estomacs de très petits animaux tels que les grenouilles, les lombrics, les limaces, etc., nous en sacrifions plusieurs à la fois, nous fendons l'estomac et, après l'avoir nettoyé des aliments qu'il contient, nous le plaçons lui-même dans le dialyseur, la muqueuse gastrique en contact avec le septum.

Le liquide, sorti de l'appareil, paraît neutre au papier réactif; mais si on l'évaporait à une douce chaleur, l'extrait plus ou moins concentré, jaune-brunâtre et visqueux qui résulte, manifeste une réaction nettement acide.

Au début, nous nous sommes servi soit de suc gastrique du poulet, soit de celui du cochon; ultérieurement nous avons étendu nos recherches à l'homme lui-même, puis aux poissons et aux reptiles et, enfin, à un représentant des deux embranchements, des mollusques et des articulés.

C'est la dialyse qui nous a permis d'isoler l'acide du suc gastrique, en petite quantité, il est vrai, parce que nous n'avons jamais eu à notre disposition que des quantités de suc assez restreintes, mais en proportion suffisante pour en déterminer exactement la nature.

Hommage soit rendu à Graham qui nous a dotés du dialyseur, un merveilleux instrument d'analyse organique! Honneur surtout au Français Dutrochet, dont la découverte de l'endosmose a été la base indispensable de celle du chimiste anglais!

Après le dialyseur, le microscope nous a rendu d'éminents services; car il nous a mis sur la voie de la découverte que nous poursuivions, ou pluttô il l'a réalisée à lui seul; la chimie n'a fait que confirmer les données importantes que nous lui devions. Tous nos examens microscopiques ont été pratiqués à l'aide d'un grossissement de 250 diamètres.

Revenons à l'hypothèse de Blondlot. Si l'on traite le suc gastrique dialysé par le nitrate d'argent, on obtient un précipité blanc cailleboté. On pourrait voir dans ce fait la preuve qu'il n'existait pas de phosphate acide, ni même de phosphate neutre dans le suc gastrique; car les phosphates monobasiques donnent un précipité jaune par le nitrate d'argent. On se tromperait étrangement en raisonnant ainsi. En effet, le suc gastrique renferme du chlorure. Or, si l'on ajoute au phosphate neutre de soude une petite quantité de chlorure de sodium, en présence du nitrate d'argent, la réaction de ce dernier sel l'emporte sur celle du premier, au point que la coloration produite est franchement blanche, sans autre nuance.

Il fallait chercher autre chose et mieux. Nous avons trouvé dans les métamorphoses des phosphates si habilement démontrés par M. Graham, un excellent moyen, fort simple d'ailleurs, d'arriver au but. Voici comment.

Si l'hypothèse de Blondlot était vraie, en calcinant le suc gastrique dialysé, le phosphate monobasique passerait à l'état de métaphosphate et en même temps la réaction acide disparaîtrait. Mais il suffirait ensuite, pour faire apparaître de nouveau la sensibilité au papier de tournesol, de ramener par l'hydratation le métaphosphate ainsi produit à son état primitif. Pour cela nous n'avions qu'à imiter le procédé de M. A. Reynoso. Nous avons, en conséquence, introduit la matière calcinée avec de l'eau distillée dans un tube de verre fermé aux deux bouts et nous l'avons exposée à l'influence d'une température de 280 degrés centigr. On sait que, dans ces conditions, le métaohosphate s'hydrate et redevient phosphate acide.

$$MO, PhO^5 + 2HO = MO, (HO^2), PhO^5.$$

Or la calcination fit bien disparaître la réaction acide du suc gastrique; mais la matière calcinée ne recouvra point ses qualités premières dans les circonstances favorables où nous l'avions placée. Donc le suc gastrique ne contient pas de phosphate aeide et l'hypothèse toute gratuite de Blondlot est décidément à rejeter.

(*A suivre*).

II

Des contractures hystériques

par le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon (Suite).

La nature névrosique de toutes ces contractures est ordinairement révélée par des symptômes

caractéristiques : leur début est subit, soudain et non graduel comme celui des contractures par lèsion de la moelle ou de l'encéphale; elles succédent à des attaques convulsives ou viennent se greffer sur une paralysie; leur marche est irrégulière, capricieuse, traversée par des améliorations ou des aggravations inattendues; enfin elles sont souvent acompagnées d'hémianesthésie et d'hyperesthésie ovarienne. A l'aide de ces signes, on saura reconnaître les contractures paraplégiques, hémiplégiques et dyplégiques de l'hystérie de de celles qui sont dues à une lésion des centres nerveux. La contracture hystérique monoplégique qui apparaît rapidement et s'accompagne d'anesthésie du même côté, ne sera pas confondue avec la contracture due à une lésion unilatérale de la moelle, cette contracture se développant progressivement et s'accompagnant dans cette formed'éhimiplégiespinale, d'anesthésie du côté opposé (Brown-Séquard).

Mais il ne faut pas se dissimuler que, parfois, le diagnostic présente de très grandedifficultés surtout lorsque la contracture affecte certains muscles ou certaines portions de muscles, et donne l'apparence de *pseudo-tumeurs*. Celles-ci se montrent dans différentes régions, dans la région sous-claviculaire, où nous les avons constatées plusieurs fois, ou encore au niveau du muscle grand pectoral où W. Mitchel raconte en avoir observé un cas :

Il s'agissait d'une femme hystérique sujette à des accidents spasmodiques variés, et chez laquelle l'existence d'un spasme de l'œsophage persistant avait pu même faire croire à la présence d'un corps étranger dans les voies digestives ; elle présentait à la partie supérieure gauche du thorax une tumeur singulière assez dure, ayant la forme d'un œuf aplati, qui disparaissait en quelques minutes lorsque la malade portait le bras dans l'abduction et faisait contracter ses muscles pectoraux. Plus tard, cette tumeur résultant d'un état de contraction ou de contracture de quelques fibres du grand pectoral, disparut complètement pour faire place à une autre tuméfaction siégeant au niveau de l'abdomen sous forme d'une masse arrondie par suite de la contraction des muscles abdominaux. Cette pseudo-tumeur disparut à son tour, mais après avoir duré plus d'un an.

W. Mitchel, qui rapporte ce fait, dit en avoir observé d'autres encore et notamment au niveau des muscles du mollet et de l'abdomen (1).

M. Potain a donné de son côté un exemple de *fausse tumeur abdominale* ayant fait croire à l'existence d'un kyste hydatique du foie et pour laquelle on pratiqua même deux ponctions exploratrices. En voici l'observation résumée :

Une hystérique présentait une tuméfaction globuleuse qui, occupant l'hypochondre droit et l'épigastre, semblaitrefouler les dernières côtes, et surtoutla paroi abdominale. Toute la région proéminente, ferme et tendue, était le siège d'une sensibilité assez vive et d'une légère matité. Deux ponctions avaient déjà été pratiquées sans résultat (on croyait à l'existence d'un énorme kyste hydatique du foie), quand la malade entra dans le service de M. Potain. On remarque alors que la limite supérieure du foie commence très bas, de sorte que la hauteur totale de l'organe ne semble pas accrue bien que la matité s'étende au dessous des côtes. C'est un fait d'une grande importance et qui est en contradiction avec le diagnostic primitivement porté. De plus on remarque que l'hyperesthésie de la région hypocondriaque droite fait contraste avec une notable diminution de la sensibilité du côté gauche du corps. Enfin, le membre inférieur droit et la région rachidienne présentent des déformations en rapport avec l'existence d'une coxalgie hystérique : raccourcissement apparent du membre immobilisé par la contracture, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, rotation du pied en dehors, incurvation et ensellure excessive de la région lombaire, etc. Or, pendant l'anesthésie chloroformique, la tension et la tumeur du ventre disparaissent, la cambrure exagérée du rachis s'efface peu à peu, et le ventre devient assez souple pour qu'il soit permis de l'explorer et de constater l'absence de toute tumeur et l'étendue normale de la matité hépatique. Mais, dès que l'anesthésie cesse d'être complète, tous les phénomènes morbides se reproduisent, la tumeur globuleuse réapparaît en même temps que le foie s'abaisse, refoulé par le diaphragme qui se déprime et devient immobile, la respiration reprenant le type costal supérieur. La contracture des muscles de l'abdomen est continue et ne cesse pas pendant le sommeil.

La malade en question avait donc une arthralgie coxo-fémorale et une ensellure très prononcée de la région lombaire qui, plus accusée à droite, déterminait de ce côté une véritable projection de l'abdomen. Le groupe musculaire formé par les obliques et le traverse était contracturé, tandis que le grand droit était dans le relâchement; par suite, l'estomac et l'intestin mitéorisés, se trouvaient repoussés vers la partie la moins résistante, c'est-à-dire vers la région occupée par les muscles grands droits; enfin le foie était abaissé et refoulé dans la région de l'hypochondre droit par la contracture du diaphragme. La faradisation du grand droit provoquait des contractions assez énergiques pour repousser le foie en haut et le chasser de la région où il se trouvait refoulé et où il contribuait, pour la plus grande part, à former cette masse globuleuse et saillante qui en avait imposé pour une tumeur (1).

Les contractures hystériques anciennes peuvent, d'après l'exemple si remarquable cité par Charcot, déterminer secondairement du côté des

(1). W. Mitchell. *Lectures on diseases of the nervous system*. London, 1881, p. 100.

(1) Potain, *De quelques conditions qui peuvent simuler la présence d'une tumeur abdominale (tympanite hystérique avec contracture des muscles de la paroi abdominale et de la région lombaire). France médicale*, 1879, — Voyez un cas à peu près semblable de Marchison dans les *leçons cliniques sur les maladies du foie* (Trad. française, Paris, 1878. p. 24). Il s'agit d'une « tumeur imaginaire de l'abdomen simulant un kyste hydatique du foie, » observée chez une jeune fille de onze ans, qui disparaissait sous l'influence du sommeil chloroformique et qui répa raissait au ré-veil de la jeune malade.

cordons latéraux de la moelle un état scléreux qui leur imprime un caractère d'incurabilité définitive. Il serait donc très important de savoir distinguer ces cas et de reconnaître à quels signes on peut affirmer l'existence de cette complication difficilement remédiable. La présence de la trépidation épileptoïde (ou épilepsie spinale), spontanée ou provoquée, la diminution de la contractilité électrique, un léger état d'amaigrissement des membres, etc., ne sont pas des éléments suffisants pour permettre de juger le degré d'incurabilité de ces contractures; il faudrait qu'il s'y ajoutât des symptômes d'atrophie musculaire avec contractions fibrillaires et affaiblissement très notable de la contractilité faradique, qui sont autant de symptômes révélateurs de l'envahissement des cornes antérieures; et alors, dans ce cas, l'anesthésie chloroformique serait incapable de résoudre des contractures qui, nées de l'hystérie, auraient développé à la longue une sclérose des cordons latéraux.

III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

De la syncope cardiaque d'origine réflexe.

Par le Dr Ch. Liégeois, (de Bainville-aux Saules, Vosges), Lauréat des Facultés de médecine de Nancy, et de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

Suite

1° *Physiologie pathologique de la syncope cardiaque réflexe de cause splanchnique sans syndrome syncopal.*

Ne l'oublions pas, et ces paroles sont de notre grand Cl. Bernard : « Tout organe sensible ou ayant acquis une sensibilité pathologique exagérée est susceptible de devenir le point de départ d'une action réflexe dont l'appareil modérateur du cœur est le dernier terme. »

Irritez un à un, et séparément, le plexus coronaire stomachique, le plexus mésentérique supérieur, le plexus hépatique, le plexus splénique, le plexus rénal, le plexus coeliaque, c'est comme si vous irritiez le plexus solaire puisque c'est au plexus solaire qu'aboutissent les filets nerveux sensitifs des muqueuses stomacale, intestinale, ces filets de la vie organique si abondants, si pourvus de ganglions, qu'une dissection minutieuse a fait voir dans l'épaisseur de la 2e couche ou conjonctive de la vésicule du fiel (Gerlach) et des canaux excréteurs biliaires (Henle), ceux contenus dans les reins et les uretères, ceux enfin qui s'épanouissent dans le péritoine (Jullien). Or, M. Brown-Séquard (1) a montré, expérience confirmée par Bernstein, par Eulenburg et Guttmann, qu'une excitation brusque et violente du plexus solaire détermine l'arrêt du cœur, l'arrêt sans phrase, l'arrêt immédiat, sans syndrome syncopal antérieur, pour employer l'heureuse expression de M. Arnaud. L'écartement des ganglions semi-lunaires, surtout du droit, entre les mors d'une pince, *donne constamment et rapidement* ce résultat. Coupe-t-on les nerfs splanchniques l'arrêt ne peut plus survenir, donc c'est par eux que se réfléchit l'irritation qui arrête les battements. Que si, à l'exemple de M. Brown-Séquard et de M. Vulpian, on sectionne préalablement le nerf vague, l'excitation brusque et violente du plexus solaire, son écartement ne causent plus l'arrêt du cœur. Ces deux physiologistes ont admis que l'impression née dans le plexus, après avoir traversé les splanchniques, se réfléchit sur le nerf vague qui remplit alors d'une façon exagérée son rôle de modérateur. Vous le voyez, du plexus solaire où aboutissent les impressions qui ont traversé les splanchniques, du plexus solaire l'excitation morbide a gagné le nerf vague, sans avoir préalablement touché les centres nerveux supérieurs, sans avoir, par conséquent, provoqué cette dépression profonde et générale du cerveau et de la moelle qui caractérise le syndrome syncopal : je le répète, deux illustrations scientifiques considérables de notre époque, Brown-Séquard et Vulpian, déclarent que l'action excitante est *directement* transmise au nerf modérateur. Avons-nous lieu de nous en étonner quand nous savons, la démonstration en est bien évidente dans une planche de Bourgery et Mance, que tout au moins le nerf vague du côté droit aboutit au ganglion semi-lunaire correspondant? Que dis-je? Kollmann (1) prétend même avoir reconnu, dans les filets nerveux intestinaux, des fibres ayant l'aspect caractéristique de celles du pneumo-gastrique.

Ce serait une erreur de croire que dans les différents troubles gastro-intestinaux, hépatiques, rénaux, surrénaux, pancréatiques, utéro-ovariens, la douleur est absolument nécessaire à la production de l'arrêt du cœur. Les faits cliniques précédents montrent qu'il n'en est rien et la physiologie expérimentale de son côté, par l'organe de Brown-Séquard, de Bernstein, d'Eulenburg et Guttmann, a parfaitement établi que *l'irritation seule, sans provocation douloureuse aucune, des ganglions semi-lunaires* est susceptible d'arrêter le cœur. Goltz a même démontré que, la cavité abdominale étant ouverte, si l'on frappe la masse intestinale ou si l'on appuie sur elle la pulpe digitale, le cœur peut s'arrêter brusquement : Brown-Séquard, de son côté, a même prouvé que le moindre attouchement de l'intestin dilaté par des gaz a un résultat semblable, et Tarchanoff n'a pas vu autre chose en touchant légèrement une anse intestinale qui, attirée au-dehors, s'était enflammée. Dans tous ces cas encore, l'excitation morbide est directement transmise aux nerfs vagues, puisque l'arrêt du cœur

(1) Brown-Séquard, *Arch. de méd.* 1856.

(1) Kollmann, Cité *in* Poincaré. *Le syst. nerv. périph.* Paris, 1876, p. 351.

n'a plus eu lieu quand Tarchanoff coupait ces nerfs.

Simple manière d'être anormale — douleur — inflammation — production gazeuse — compression — telles sont donc les causes, isolées ou réunies, de l'arrêt du cœur, *sans syndrome syncopal*, dans les troubles morbides, organiques ou fonctionnels, des viscères splanchniques, par transmission directe aux nerfs modérateurs du cœur de l'excitation anormale du plexus solaire.

Bowditch, Baxt, François-Franck ont établi que la douleur nuit à la manifestation de l'action des filets accélérateurs du cœur : ne pourrait-on encore utiliser cette donnée de la physiologie expérimentale pour justifier l'intervention primitive des nerfs pneumogastriques dans la genèse de la syncope cardiaque consécutive aux affections viscérales douloureuses? (*à suivre.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE (*fin*).

3. De l'administration du cloroforme

Nous avons vu, dans un précédent article (1), de quelles précautions le chirurgien devait s'entourer toutes les fois qu'il avait à endormir un patient. Plus nous avons réfléchi à cette importante question, plus nous nous sommes convaincu que, bien souvent, on ne *craint pas assez le chloroforme* et qu'il faut une éducation spéciale, pour ainsi dire, un exercice prolongé pour s'en servir utilement et sans danger pour les malades. Récemment nous avons été à même d'observer deux cas intéressants qu'on nous permettra de retracer en quelques lignes. Dans l'un, nous donnions le chloroforme à un homme, tuberculeux avancé; dans l'autre à une femme, tuberculeuse aussi, et de plus craintive. Le premier fut rapidement amené à la résolution avec une dose légère de chloroforme rectifié; il fut maintenu dans cet état par quelques inspirations isolées; puis survint un moment où la respiration devint plus rapide et où le visage prit une teinte un peu bleuâtre; aussitôt nous donnâmes de l'air, pratiquâmes quelques excitations, puis tout revint dans l'ordre; l'insuffisance du champ de l'hématose chez ce tuberculeux avait amené une menace sérieuse pour la vie du malade. Le second malade respira une quantité très considérable de chloroforme avant que le moindre signe d'anesthésie fût survenu. Nous ne pûmes obtenir qu'une insensibilité incomplète, suffisante toutefois; la malade conserva, durant toute l'opération, le réflexe cornéen; dès que nous tentions d'atteindre le degré de narcose ordinaire, la respiration devenait petite et menaçait de s'arrêter. Ces deux simples faits montrent qu'il faut avoir beaucoup expérimenté,pour ne pas être pris en défaut.

(1) V. *Conc. Méd.* No 20.

Rappelons d'abord quelques préceptes sur la position que l'on doit donner au malade. Quels que soient le cas, l'âge ou le sexe du sujet, jamais on ne doit le soumettre aux vapeurs anesthésiques dans une position autre que le décubitus dorsal; la tête doit être modérément élevée; reposer sur un coussin dur, et il est bon que celui qui administre le chloroforme puisse être placé au chevet du lit ou au moins qu'il ait accès facile près de la tête du patient. Les vêtements de celui-ci doivent être enlevés ou au moins tout à fait libres au cou et à la ceinture, *l'épigastre sera toujours découvert* afin que le chloroformisateur puisse surveiller constamment les mouvements respiratoires.

Il est important qu'un aide tienne le pouls du malade, car il faut toujours surveiller les deux grandes fonctions: *la respiration* et la *circulation*.

Enfin il sera bon d'avoir près de soi un certain nombre d'objets appelés à rendre de précieux services en cas de danger : de l'eau froide, une longue plume d'oie, une cuiller à bouche et une pince à langue, ou au moins une pince à pansement; nous dirons toutefois, dans un instant, qu'il ne faut pas abuser de ce dernier instrument.

Il existe, chacun le sait, un grand nombre d'appareils pour donner le chloroforme, depuis les masques les plus compliquées jusqu'au simple cornet employé par les chirurgiens de la marine; de l'aveu même de tous les praticiens actuels, aucun ne réunit d'avantages sérieux; aussi croyons-nous que la compresse ou le mouchoir de poche pliés en plusieurs doubles sont encore le moyen le moins dangereux et le plus commode, moins dangereux parce qu'il nécessite une surveillance constante, plus commode, parce qu'on le trouve partout.

Quel est le meilleur moyen pour bien administrer le chloroforme? On peut réduire à trois principales les méthodes actuellement employées.

On connaît peu la *méthode massive* préconisée actuellement par M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; il la recommande surtout pour la chirurgie de l'enfance. Elle consiste à donner, du premier coup, une forte quantité de chloroforme en empêchant l'accès de l'air atmosphérique; après une légère résistance, variable avec l'âge et la force des sujets, les petits malades sont sidérés en quelques secondes; leur respiration et leur pouls, d'abord précipités, se régularisent, et ils dorment profondément. On peut ainsi pratiquer une courte opération : ongle incarné, phimosis, etc.; si l'anesthésie doit être prolongée, on l'entretient au moyen d'une ou deux inspirations plus ou moins rapprochées, suivant le besoin. Nous avons entendu répéter à M. de Saint-Germain que, sur plusieurs milliers de cas (8 à 9,000), il n'a jamais eu à déplorer le moindre accident. Nous pensons que ce procédé a du bon, surtout pour l'enfant; il absorbe

au total moins de chloroforme et il présente moins souvent les troubles digestifs consécutifs à l'absorption de cet agent anesthésique.

La chloroformisation à *doses progressives* est généralement employée par tous les chirurgiens; mais les moyens varient un peu. Les uns conseillent de donner le chloroforme *peu à la fois*, mais d'une façon continue; on arrive ainsi insensiblement à la période anesthésique. D'autres, et nous devons placer à la tête de ces derniers, M. le professeur Gosselin, préconisent la chloroformisation à dose progressive, mais avec des *intermittences régulières*. Cette méthode rigoureuse est-elle bien praticable? ne ressemble-t-elle pas un peu trop, comme le faisait spirituellement remarquer le professeur Verneuil, à une équation algébrique (anesthésie = 113 aspirations de chloroforme + 28 d'air pur). Nous croyons qu'en pratique, il n'est pas besoin d'autant de rigueur. Quelqu'un qui se fierait uniquement à ces proportions mathématiques si séduisantes, pourrait bien se tromper cruellement. Chaque chirurgien expérimenté a sa méthode à soi, ses petits moyens : le fruit de son expérience doit le guider avant tout. Parlons donc de la chloroformisation à *doses progressives*, avec ou sans intermittences *ad libitum*.

L'opérateur, ayant sous les yeux son malade dont il peut surveiller la *face et l'épigastre*, aidé d'un assistant préposé au pouls, verse, sur le milieu de la compresse classique, une petite quantité de chloroforme; puis, formant une sorte de toit, il l'applique exactement en haut sur la racine du nez et il engage le malade à ouvrir largement la bouche et à respirer. C'est ainsi que commence toute chloroformisation.

Mais souvent le malade manifeste un mouvement de répulsion, il retient son souffle, il craint et cherche à se soustraire aux vapeurs qui le surprennent. Engagez-le alors à souffler dans la compresse, faites-le parler sans enlever celle-ci, vous amènerez ainsi une détente favorable et tout ira bien.

Suivons maintenant la progression de l'anesthésie et passons en revue les accidents qui pourront survenir. Nous avons vu au début de ce travail (1), la succession des périodes par lesquelles passent les sujets soumis au chloroforme. Chacune de ces périodes a ses accidents particuliers, sa physionomie spéciale.

Les prodrômes de l'anesthésie, ou plutôt la période des premières inspirations, s'accompagnent le plus souvent d'une certaine agitation produite d'abord par les mouvements instinctifs de défense qui agitent le patient et bientôt par une excitation inconsciente. Plusieurs accidents peuvent se montrer. Après quelques respirations, tout-à-coup le malade *oublie de respirer*, c'est un oubli qui peut durer quelques secondes, mais qui, se prolongeant, produirait ce qu'on appelle la *syncope primitive laryngo-réflexe;* souvent elle est alors annoncée par quelques quintes de toux. Suspendez alors les inhalations et excitez les mouvements de la paroi thoracique par quelques chatouillements sur les côtés de l'épigastre; engagez, en même temps, le malade à souffler fortement, parlez-lui, il entend encore et vous répondra.

(1) Voir *Concours médical*, nº 20, p. 247.

Le pouls est irrégulier durant cette période, mais c'est un état qui ne doit point inquiéter.

Quelques malades et, en particulier, les alcooliques, présentent une *excitation considérable;* là des aides vigoureux sont de rigueur; mais il faut se défier; quelquefois aux violentes contractions succède une *roideur presque tétaniforme*, qui envahit tous les muscles du tronc. Elle peut être passagère, mais pour peu que le sujet devienne violacé, vultueux, il faut craindre une irritabilité exagérée des centres nerveux qui a quelquefois amené une mort rapide. Suspendez un peu les inspirations, augmentez les intermittences; la chloroformisation sera longue et parfois l'anesthésie ne pourra être complète.

Dans ces cas, nous avons vu prescrire avec succès avant l'anesthésie, une potion composée de 4 grammes d'hydrate de chloral et de 40 grammes de sirop de morphine. L'agitation était presque nulle et on employait beaucoup moins de chloroforme pour arriver à l'insensibilité.

Des *vomissements*, ou plutôt des efforts de vomissement, se montrent assez souvent durant cette période; qu'on se souvienne que le meilleur moyen est d'insister sur le chloroforme; il les arrête toujours.

Quelques chirurgiens n'attendent pas que l'excitation soit tout-à-fait calmée et commencent à opérer avant l'anesthésie complète. Nous croyons cette méthode *dangereuse;* elle expose un sujet, dont les centres sentitifs sont déjà surexcités, à la *syncope par choc traumatique*.

Il est donc préférable d'attendre que l'anesthésie soit complète, c'est la *période vraiment chirurgicale*.

A quels sont pouvons-nous la reconnaître? D'abord la respiration est *régulière*, le pouls est *ralenti* et *plein*, le visage a sa coloration normale plutôt un peu pâle que congestionné, la peau est insensible à la piqûre, au pincement, la plante du pied n'est plus excitable, les yeux sont revenus à l'horizontalité parfaite (Mesmer et Wasner), la cornée est insensible au toucher, enfin la pupille est contractée et immobile.

C'est à dessein que nous ne faisons pas rentrer la *résolution musculaire complète* dans les signes de la période chirurgicale de l'anesthésie. Elle indique un état d'intoxication plus avancé que l'anesthésie ordinaire, il faut souvent peu de chloroforme pour l'amener, mais elle n'est indiquée que dans certains cas : réduction des luxations, des fractures, redressement des contractures musculaires. Si on a vu souvent des accidents survenir durant ces opérations, c'est que la résolution musculaire est bien près de l'arrêt de la respiration et du cœur par cause toxique.

Durant la période chirurgicale, le cœur, le poumon, le bulbe peuvent être atteints et mettre en péril la vie de l'opéré. Si la face devient tout-à-coup blême et froide, si, en même temps, le pouls faiblit brusquement, la *syncope* par *ralentisse-*

ment du cœur est imminente, il faut suspendre les inhalations et exciter fortement le malade.

Quelquefois, au contraire, le visage devient vultueux, les veines du cou se gonflent, le pouls se ralentit, la respiration est plus fréquente, et souvent un ronflement guttural se produit, la *respiration est gênée*, l'asphyxie approche, il faut favoriser l'accès de l'air. On s'est préoccupé beaucoup, et à juste titre, du rôle fâcheux que peut jouer la langue dans la production de l'asphyxie. Le ronflement indique que, la tonicité musculaire de cet organe étant amoindrie, il tend à tomber en arrière et à rétrécir l'orifice du larynx. On a alors conseillé de l'attirer en avant avec des pinces, une cuiller avec le manche de laquelle on déprime la base de l'organe. Ces manœuvres sont bonnes; mais nous croyons que bien souvent elles donnent une fausse sécurité. La résolution musculaire est un signe d'intoxication déjà avancé, avons-nous vu; si alors on continue de donner le chloroforme, en maintenant la langue sortie, on risquera fort d'arriver à la période d'intoxication bulbaire. Quand le ronflement se fait entendre, laissez accès à quelques bouffées d'air pur, il y a assez de chloroforme pour le moment, à part de rares exceptions, grâce à cette observation, nous n'avons jamais eu besoin d'exercer sur la langue des violences que nous avions vu lui prodiguer parfois si librement.

L'anesthésie profonde de la cornée est un signe de narcose avancée, elle doit indiquer qu'il est inutile et même dangereux d'aller plus loin; la pupille est alors contractée, si on la voit tout à coup se dilater brusquement, il y a un danger réel pour la vie du patient, le bulbe subit les effets de l'intoxication et le centre vital est menacé.

Il est, comme on le voit, de la plus haute importance de tenir compte de ces signes, la résolution musculaire, l'anesthésie cornéale, il faut suspendre les inhalations et, dès lors, surveiller le retour de la sensibilité qui s'annoncera pas quelques plaintes, des contractions musculaires, et à ces avertissements on répondra par deux ou trois inhalations de chloroforme.

La *syncope respiratoire* peut encore survenir après qu'on a éloigné les vapeurs anesthésiques, aussi on ne doit jamais quitter un opéré sans qu'il soit complétement réveillé. Cet accident est, en somme, le plus fréquent et le plus dangereux de tous ceux que nous avons passés en revue, et il est important de rappeler les principaux moyens que l'on doit mettre en usage pour le combattre. Il faut d'abord favoriser l'accès de l'air, placer le malade de façon que la tête soit plus basse que le tronc, exciter les parois thoraciques par des frictions énergiques, la flagellation, et enfin pratiquer, dès le début, la *respiration artificielle*.

Pour le faire d'une façon efficace, il faut imiter le plus possible le jeu normal du thorax, si on hâte le mouvement, on ne fera pénétrer dans le poumon qu'une petite quantité d'air, si l'on agit sur la base et sur le sommet du thorax sans ensemble, la manœuvre n'aura aucun résultat efficace. Nous conseillons la méthode suivante; un aide saisit vigoureusement la racine des bras, en passant ses mains sous les aisselles, et attire fortement en haut le moignon de l'épaule, de façon à dilater toute la partie supérieure du thorax; puis, après un léger temps d'arrêt, il repousse l'épaule vers le tronc pour chasser l'air du poumon. Un second aide peut en même temps favoriser l'inpiration, en refoulant lamasse sous diaphragmatique en haut, ou en comprimant latéralement la base du thorax. Si la respiration naturelle tarde à venir, on peut, si toutefois on en possède, appliquer les rhéophores d'une machine à courants continus l'un sur le passage du nerf phrénique, au cou, l'autre au niveau du diaphragme. Généralement tous ces moyens suffisent, quelquefois il faut pratiquer longtemps les mouvements rhythmés de la respiration artificielle, avant d'obtenir le retour de l'inspiration normale; il ne faut pas se décourager tant que le corps ne s'est pas refroidi.

Nous en avons fini avec l'étude de l'anesthésie chloroformique dans les conditions ordinaires; il nous reste à dire quelques mots sur les précautions qu'il faut prendre dans certains cas spéciaux.

Dans quelques opérations, l'anus lombaire, la fistule vésico-vaginale, par exemple, les patients doivent être dans le décubitus latéral; il faut avoir soin, après les avoir endormis sur le dos, de placer leur tête de façon que le cou ne soit pas fortement fléchi sur le côté; le bras du côté libre sera maintenu horizontal par un aide, si on le laisse pendant on diminue notablement le champ respiratoire.

Dans les opérations sur les cavités de la face il n'est plus permis actuellement de refuser aux malades les bénéfices de l'anesthésie, il s'agit de veiller à ce que le sang ne vienne pas tomber trop abondamment dans l'arrière-gorge; des éponges montées, habilement manœuvrées, suffisent toujours; de plus, suivant la méthode du Prof. Verneuil, il faut avoir soin de n'attaquer la muqueuse buccale que le plus tard possible (dans la résection des maxillaires, par exemple). D'ailleurs il est utile de rappeler que, dans toutes ces opérations sur la face, on tirera, suivant le conseil du Professeur Trélat, un très grand avantage de l'anesthésie mixte, en administrant au malade une heure ou une 1/2 heure avant l'opération la potion suivante.

Hydrate de Chloral	3 à 6 grammes
Sirop de morphine	30 à 40 grammes
Eau	100 grammes

L'habile chirurgien a pu, et sans chloroformisation, pratiquer, sans douleur, une ablation de langue, une strabotomie, une autoplastie de la paupière inférieure. C'est là un procédé que nous croyons souvent utile, non seulement dans ces cas spéciaux, mais encore chez certains sujets excitables, les alcooliques par exemple.

Dr Hambar.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un cas d'hymen imperforé.

Il s'agit d'une fille de 15 ans, qui, depuis quelques mois, éprouvait à époques assez régulières, une sensation de pesanteur ou de douleur dans le ventre. L'appétit diminuait, la fille était pâle et essoufflée à la moindre fatigue. On la traita d'abord pour une anémie, au moyen des ferrugineux et d'une diète convenable; mais on ne pensait nullement à une lésion de l'appareil génital. Loin de s'améliorer, l'état empira de jour en jour, au point qu'il se manifesta de l'ischurie, avec douleurs abdominales aiguës et défécation difficile.

La famille, inquiète, fit appeler de nouveau le médecin, le Dr Mérici. Celui-ci constata que le ventre était un peu gonflé, douloureux à la pression; à gauche et au niveau de l'ombilic se trouvait une tumeur grosse comme un œuf de poule, peu douloureuse, mobile en tout sens, excepté en haut; libre partout, excepté à la partie inférieure, qu'on poursuivait jusque vers la région pubienne. Avec la permission de la famille, le médecin procéda à l'examen direct des organes génitaux : il trouva le vagin complètement fermé pas une membrane dure, resistante, très vasculaire, qui n'était autre que l'hymen. Le toucher rectal était empêché par une grosse tumeur élastique, arrondie, peu douloureuse, qui remplissait toute l'excavation sacrée. Avec un trocart, on perfora la membrane au-dessous de l'urèthre, tout en dirigeant la pointe en haut et en arrière; par l'ouverture, ainsi pratiquée, on introduisit une sonde, et sur celle-ci on fit une incision de 1 centimètre environ, par laquelle s'écoula un litre de matière dense, de couleur chocolat. Pendant l'écoulement de ce liquide, la tumeur abdominable s'abaissa peu à peu jusqu'au niveau du pubis. L'examen du rectum, devenu praticable, permit de constater qu'il restait comme une bourse flaque et pendante. Lavage au moyen d'irrigations répétées, interposition d'une bandelette entre les lèvres de la plaie : repos et diète légère. La dysurie, les douleurs disparurent, et la défécation devint libre. Au bout de cinq à six jours, probablement à la suite de refroidissement (pense l'auteur), survint une péritonite : frisson, douleurs abdominales de plus en plus fortes, dysurie, vomissements bilieux et météorisme. Néanmoins, on parvint à se rendre maître de cet accident, et la guérison fut complète.

(*Gazette méd. de Turin et Gazette de Montpellier.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Les sociétés locales et les syndicats

Nous avons fait connaître les appréciations de l'honorable M. Martineau, Secrétaire de l'Association générale des médecins de France, relativement à la création des syndicats médicaux, et nous avons montré combien elles étaient peu conformes à la situation véritable et à la réalité des faits. Aussi ne sera-t-on pas surpris quand nous dirons qu'un certain nombre de Secrétaires de Sociétés locales ont cru devoir l'imiter et que quelques autres s'étaient, avant lui, prononcés dans un sens analogue. C'est toujours la même série d'arguments auxquels nous avons déjà répondu.

La raison de cette coïncidence d'appréciations se dégage naturellement de leur uniformité même, et point n'est besoin de la formuler ici nettement. Ce qui va suivre permettra à chacun de nos lecteurs de se faire une idée parfaitement précise à ce sujet.

Dans la réunion générale tenue à Muret le 24 novembre dernier, l'Association des médecins de la Haute-Garonne, présidée justement ce jour là par M. le Dr Cazeneuve, vice-président de l'Association générale des médecins de France, avait à son ordre du jour l'étude de l'opportunité de la création d'un syndicat médical : Monsieur le docteur Jougla, après avoir constaté que les syndicats ont surtout à remplir un rôle matériel et à s'occuper presque exclusivement (ce que nous ne saurions admettre, — ils ont aussi une action morale à exercer) de traiter les questions d'honoraires, M. Jougla, disons-nous, ajoute : « leur action est bonne et utile, surtout si tous les médecins « d'une petite circonscription, d'un arrondissement ou « d'un canton, par exemple, peuvent s'entendre pour fixer « le prix de leurs visites, chose que l'*Association ne « peut faire*, parce qu'il est matériellement impossible « d'établir un prix uniforme pour un département tout « entier. » Voilà certes de sages paroles qui étaient bien de nature à faire réfléchir les médecins présents à cette séance : c'était un encouragement à créer de petits syndicats, ceux précisément que nous préconisons et dont l'incontestable utilité a été déjà bien des fois démontrée.

Mais M. Cazeneuve se souvient juste à point qu'il est un dignitaire de l'Association générale et que, en dehors d'elle, rien ne saurait être utile. Aussi, dans la crainte que nos confrères ne se laissent entraîner vers les syndicats par leur ardeur méridionale, vite il répand sur eux les flots glacés de son éloquence officielle. « A chaque « jour suffit sa tâche, dit-il, et, pour les syndicats comme « pour bien d'autres innovations proposées, leur utilité « deviendra bien incertaine, *le jour où l'Associatio « ayant acquis tout son développement* par le fait de « la participation de l'immense majorité des médecins, « les conséquences de cette grande union auront donné « leur plein et entier effet. » Et, naturellement, les paroles de M. le Dr Cazeneuve furent couvertes par les applaudissements d'usage en semblable occurrence. — Conclusion : la même que j'ai lue il y a bien longtemps à la fin d'un ouvrage qui eut beaucoup de vogue : ATTENDRE ET ESPÉRER !! J'ai lu également dans Molière : « Belle Phyllis, on désespère alors qu'on espère toujours ! » Nos confrères de la Haute-Garonne ont lu Molière aussi, et ils ont raison de ne point vouloir attendre, pour faire leurs petites affaires, que l'Association générale ait acquis tout le développement si ardemment souhaité par M. Cazeneuve. Bien longtemps avant cet heureux jour ils auront leurs syndicats qui leur rendront d'immenses services, ce qui n'empêchera pas l'Association générale de grandir et de prospérer, bien au contraire !

Dans la Haute-Vienne M. le Dr Boudet, Secrétaire de de l'Association locale, (Assemblée générale du 26 janvier

1882) s'occupe aussi de la question des syndicats, mais c'est pour lui faire les honneurs d'un enterrement de 1re classe. « Plusieurs questions ont été soumises, dit-il, « aux Sociétés locales par le Conseil général. Il en est « une qui, tout en méritant d'être signalée à votre attention, n'a pas été portée à l'ordre du jour de cette assemblée générale, c'est là question des syndicats de « médecins. » Puis après avoir fait connaître la circulaire de M. H. Roger, président de l'Association générale, en date du 5 décembre 1881, circulaire qui a été, en son temps, reproduite par le *Concours*, et que nos lecteurs connaissent déjà, M. le Dr Boudet rappelle les termes de la loi sur les syndicats votée par la Chambre et actuellement pendante devant le Sénat, et il termine ainsi : « Certes, une pareille loi est d'une grande importance pour le corps médical et nous ne pouvons mieux « faire que d'appeler, dès à présent, sur cette question, » vos méditations, *sauf à remettre à l'époque de la promulgation de la loi* la recherche des mesures qu'elle « nous permettra d'adopter. » Cette loi bienfaisante, quel en sera le sort? Quand, et dans quels termes définitifs sera-t-elle votée? Hélas ! Qui oserait répondre. — Et en attendant?... — Hé bien! Attendez !... — C'est parfait. Merci. — Mais je m'aperçois que nos confrères de la Haute-Vienne ne sont pas tous de cet avis et que, eux aussi, ne veulent pas rester immobiles : Eux aussi, créeront des syndicats et s'en trouveront fort bien.

Dans le Var, la question a été également abordée, et nous ne pouvons résister au désir de citer les paroles de l'honorable Secrétaire. « Vous n'êtes pas sans avoir connaissance, dit-il, d'un journal ayant pour titre : *le « Concours médical* et pour but la défense de nos intérêts matériels. Je ne vous dirai pas comment son habile et courageux fondateur, M. le Dr Cézilly, est « arrivé à distribuer gratuitement sa feuille qui ne le cède « en rien à bien d'autres sous le rapport de la rédaction « technique. Il me suffira de rappeler que ses efforts tendent à réunir tous les médecins en petites sociétés « cantonales délibérant sur la fixation des honoraires, sur « leur mode et leur moment de recouvrement, sur les « rapports avec les sociétés de secours, les compagnies « d'assurances, l'administration etc. etc. Le *Concours* est « le COMPLÉMENT de *l'Association générale*; à celle-ci un rôle très élevé, *mais tout moral*; elle est pour « ainsi dire gardienne de la dignité professionnelle ; — « au premier, au contraire, revient une plus modeste « mais non moins utile fonction, celle de la défense de « nos intérêts matériels. Il me semble que nous avons « tout bénéfice à nous occuper des deux institutions..... Je « vous propose donc, messieurs, de discuter l'opportunité « de la création d'un syndicat par canton. »

A la bonne heure! Voilà qui est net et que nous serions tout disposé à contresigner. C'est bien là ce que nous-même, en d'autres termes ou en termes presque identiques, avons, depuis longtemps, exposé aux lecteurs du *Concours*. Mais toute médaille a son revers et les situations officielles obligent bien souvent, hélas ! ceux qui les occupent à laisser dans l'ombre leur propre jugement pour obéir au mot d'ordre parti d'en haut ? Un peu plus loin, M. le Secrétaire de l'Association du Var ajoute : « j'avais terminé mon travail lorsque j'ai appris ces « jours-ci... que notre conseil général estime qu'il n'y a « pas lieu de s'en (la question des syndicats) occuper « aujourd'hui ; mais il vous demande votre avis. Je ne sais quel sera votre vote;... mais j'ai le devoir de vous « dire que l'opinion que *j'ai* émise m'est personnelle et « qu'elle n'engage en rien votre bureau. » Notre honoré confrère maintient son appréciation sur les syndicats et nous lui savons gré de cette franchise. Je ne sais si l'Association générale lui en témoignera la même reconnaissance.

Encore un mot, et ce sera fini pour aujourd'hui. Dans une lettre où il s'excusait de ne pouvoir assister à la réunion du 25 septembre 1881 de l'Association des médecins de l'Oise, M. le docteur Evrard ajoutait : Pourquoi ne « formerions-nous pas un projet de syndicat départemental qui étudierait les conditions dans lesquelles la « médecine devrait se faire pour relever le médecin au « niveau qu'il doit occuper. » La question fut examinée hors séance, à la suite de la réunion du 5 février dernier et, à une grande majorité, on vota des *réunions* de confrères convoqués, soit dans chaque arrondissement, soit dans chaque canton, pour discuter leurs intérêts et adopter, en commun, des résolutions qu'ils croiraient favorables à l'exercice de leur profession. (M. le président Millot ne veut pas employer le mot *syndicat* : il emploie et souligne celui de *réunion*; cela nous est bien égal : le mot ne fait rien à la chose.) Donc M. le Dr Millot après avoir voté, hors séance, un peu à contre cœur, paraît-il, la création de..... cette chose, a senti sa conscience de Président local se révolter contre une semblable résolution et il a éprouvé le besoin d'adresser au Secrétaire une lettre destinée à être mise à la suite du compte-rendu de la séance tenue à Senlis. Nous aurons occasion de revenir sur cette lettre : nous ne voulons, pour le moment, en extraire que le passage suivant : « Je vois « poindre dans chaque arrondissement ou ailleurs une « *Société rivale* (de l'association) qui marchera d'abord « en parfaite harmonie avec l'association existante, même « au dessous d'elle, si l'on veut; *puis tendra à l'égaler*, « *puis à la supplanter...* » — Enfin ! nous y voici ! et voilà « pourquoi quelques dignitaires de l'Association générale ne veulent pas entendre parler de syndicats. Mais les syndicats feront, quoi qu'il arrive, des progrès incessants, parce qu'ils répondent à un besoin réel et urgent. Nous ne saurions trop engager nos confrères à méditer l'aveu de l'honorable docteur Millot et nous ne cesserons de leur dire : « *Et nunc erudimini.*

Dr Barat Dulaurier.
Ex-interne des hôpitaux de Paris, Secrétaire de la commission des syndicats.

II

Syndicat de l'arrondissement de Toul.

Monsieur et honoré confrère,

Il y a deux mois, dans le but de provoquer la formation d'un *Syndicat médical*, j'ai fait appel aux médecins de l'*Arrondissement de Toul*, et les ai convoqués à une réunion. Dix huit confrères sur vingt-trois ont répondu à mon appel. A la réunion, j'ai donné lecture des divers articles du *Concours médical* ayant trait aux syndicats et j'ai insisté sur la nécessité de la fondation de cette institution dans notre région.

L'Assemblée, à *l'unanimité*, a décidé :

1o La fondation d'un Syndicat.

2° Elle a nommé une commission chargée d'élaborer les statuts.

3° Elle a décidé de faire appel à tous les médecins du département.

La commission a terminé son travail des statuts: il lui reste à faire appel aux confrères qui n'ont pas été convoqués et n'ont pas assisté à la réunion.

Pour mener à bien cette partie essentielle de son œuvre elle serait heureuse si vous vouliez bien lui adresser quelques exemplaires des articles parus dans le numéro 17 du journal. Elle les enverrait à chaque médecin en même temps que le projet de statuts.

Une réunion générale et définitive est proposée pour le 20 *août*.

Dans le cas où vous voudrez bien nous faire cet envoi, je vous serai reconnaissant de me l'adresser.

A la suite de notre dernière réunion a eu lieu un banquet, et je suis heureux de vous apprendre, que le *Concours médical*, et son si dévoué directeur, n'ont pas été oubliés dans les nombreux toasts qui ont été portés. Parmi les médecins présents, beaucoup sont membres du *Concours*, membres dévoués, et reconnaissent les immenses services rendus par cette institution.

Veuillez agréer, etc.

Dr Deligny.

A Toul (Meurthe-et-Moselle).

Le *Concours médical*, remercie M. le Dr Deligny et ses confrères. Il est heureux d'avoir contribué au succès obtenu en Meuthe-et-Moselle. Le Syndicat constitué devrait bien prendre pour devise l'en-tête des lettres de M. Deligny : *Tout à tous.*

III

Syndicat du canton d'Huriel (Allier)

Monsieur et très honoré directeur,

J'ai le plaisir de vous annoncer que grâce, à l'initiative du « *Concours médical* » notre syndicat, composé de *tous* les médecins du canton, est définitivement constitué. Les statuts adoptés dans notre réunion du 30 mai 1882, sauvegarderont certainement tous les intérêts professionnels. Comme nous qu'ils s'unissent nos confrères et surtout nos confrères des campagnes!

Liste des membres du syndicat du canton d'Huriel

MM. les Docteurs Petit, à la Gennebrière d'Archignat. — Maugenest, à Preverouges. — Leblanc, à Courçais. — Philipson, à Huriel. — Desmaroux, à Huriel.

Le Secrétaire-trésorier,
Dr G. Desmaroux.

IV

Syndicat d'Indre-et-Loire.

Chambre syndicale, exercice 1882 et 1883.

Président d'Honneur	Dr Renaud, de Loches.
Président	Dr Bouthery, de Langeais.
Vice-Présidents	Dr Boutier, de Loches. Dr Hyp. Thomas, de Tours.
Secrétaire Général	Dr Berry, de Langeais.
Secrétaire Adjoint	Delavente, de Rivarennes.
Trésorier	Dr Schooffs, de Tours.
Conseil judiciaire	Me Carré, avocat à Tours.
Mandataire du Syndicat	M. Brisset, à Tours, place Velpeau, N° 17.

LISTE DES MEMBRES FONDATEURS

Arrondissement de Tours.

MM. Agguzoli	Tours.
Archambault	Savigné-sur-Lathan.
Brame	Tours.
Chaumier	Bléré.
Durand	Reugny.
Gaultier	Azay-sur-Cher.
Gendron	Châteaurenault.
Guillon	Château-la-Vallière.
Huret	Veretz.
Joire père	La Membrolle.
Joire fils	St.-Martin-le-Beau.
Ledouble	Tours.
Lefebvre	Vouvray.
Lemarié	Ballan.
Millon	Joué-lès-Tours.
Mahoudeau	Channay.
Petiau	Châteaurenault.
Pinel	Montbazon.
Schooffs	Trésorier.
Serré	Fondettes.
Thomas (Hyp.)	Vice-Président.
Viollet	Tours.

Arrondissement de Chinon.

MM. Beaupoil	à Ingrandes.
Berry	*Secrétaire général*
Boulard	Richelieu.
Bouthery	*Président.*
Bruneau	Cléré.
Delavente	*Secrétaire adjoint.*
Detrois	Chinon.
Gasté	St-Epain.
Lemesle	Bourgueil.
Mattrais	Chinon.
Mennier	Ile-Bouchard.
Morreuw	Richelieu.
Orillard	id.
Ounineau	Chouzé.
Pathault	Azay-le-Rideau.
Roux	Chinon.
Santarel	Azay-le-Rideau.
Soubie	Comery.
Segard	Thisoule.

Arrondissement de Loches.

MM. Berland	La Haye-Descartes.
Bonamy	Ligueil.
Bourreau	Loches.
Boutier	*Vice-Président.*
Chaumier	Grand-Pressigny.
Durand	Preuilly.
Gallicher	Loches.
Godeau	La Haye-Descartes.
Renaud	*Président honoraire*

Départements voisins.

MM. Bouchet	Lusigny (Vienne).
Courtois	Varennes Maine-et-L.)
Fourchault	Châtillon (Indre).
David	Pleumartin (Vienne).
Delacoue	La Châtre (Indre).
Grossourdy	Fontevrault(M.-et-Loire
Lehec	Châtillon (Indre).
Michalowitz	Parçay (Maine-et-Loire).
Mornares	Ecueillé (Indre).
Warailhon	Noyant (Maine-et-Loire).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1er Juillet 1882 — 4me Année. — N° 26

SOMMAIRE

BULLETIN

Au sujet de la *folie considérée comme cause de divorce*, M. *Luys* a fait une courte réplique à M. Blanche. L'orateur n'a apporté, à l'appui de sa thèse, aucun argument nouveau; et l'on peut dire qu'il s'est contenté de plaider les circonstances atténuantes, puisqu'il a reconnu lui-même, avec une parfaite bonne foi, qu'il n'était pas arrivé à faire naître la conviction en faveur de l'opinion qu'il soutenait; mais il compte sur l'avenir et sur « les forces mystérieuses de la méditation pour faire cheminer peu à peu ces idées nouvelles dans l'esprit de ses collègues. »

Ainsi qu'il l'avait promis, M. *Bouley* a donné connaissance de deux observations de M. le Dr *Dartigues*, de Pujols (Gironde), sur un *nouveau traitement de la rage*. Ce traitement comprend, en outre des injections hypodermiques de pilocarpine, l'arséniate de strychnine, l'hyoscyamine et le bromure de camphre (toutes les dix minutes, un demi-milligramme des deux premiers médicaments et un centigramme du dernier). Enfin, il enferme son malade dans une sorte d'étuve pendant vingt heures. Nous avons vu que M. Denis-Dumont employait aussi, concurremment avec la pilocarpine, le bromure de potassium, le chloral et la codéine. Il est difficile, dans un traitement aussi complexe, de faire la part qui revient dans le résultat général à chacun des médicaments employés. Cette considération n'aurait que bien peu d'importance au point de vue pratique, si le succès se trouvait réellement confirmé dans un certain nombre de cas; mais il aurait d'abord fallu que M. Dartigues prouvât que les malades qu'il a guéris présentaient bien les symptômes de la rage, et c'est ce qu'il a négligé de faire. Sous ce rapport, l'observation de M. Denis-Dumont est bien plus importante et mérite discussion : ce sera l'objet de la prochaine séance.

A propos de l'emploi de la pilocarpine seule contre la rage, nous avons dit, dans notre dernier Bulletin, que, jusqu'à présent, il n'avait donné aucun succès : MM. *Germain Sée* et *Dujardin-Beaumetz* ont insisté avec force sur ce point, et ce dernier se réserve de le traiter prochainement avec détails. Quant à M. Germain Sée, il a profité de l'occasion pour faire le procès à la pilocarpine. Il est certain que, depuis quelque temps, on emploie cette curieuse substance un peu à tort et à travers : un moment elle a guéri la diphthérie, puis elle a guéri l'éclampsie puerpérale et la maladie de Bright; la voilà maintenant qui guérit la rage! —En somme, elle a bien fait suer malades et médecins : c'est le plus clair des résultats obtenus. Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE PRINCIPE ACIDE DU SUC GASTRIQUE.

Par le Dr V Poulet, de Plancher-les-Mines, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Mémoire présenté à l'Académie des Sciences dans sa séance du 27 février 1882.

(*Suite*)

2° *Le principe acide du suc gastrique dans*

toute la série animale est organique et constitué par l'acide hippurique.

Si l'on traite par l'acide sulfurique une petite quantité de suc gastrique dialysé d'un animal quelconque, et qu'on le soumette à l'examen microscopique au bout de quelques heures de repos, on y découvre une multitude de longs prismes transparents, terminés par des sommets dièdres. C'est de l'acide hippurique, substance dont la cristallisation est caractéristique et très facile à reconnaître au microscope.

La chimie fournit une preuve sans réplique de cette donnée importante.

Etant parvenu à construire de petits alambics en verre, en quelque sorte lilliputiens, nous avons réussi d'abord à produire de la benzine, en quantité très appréciable, par la distillation sèche du suc gastrique dialysé du poulet, additionné de trois à quatre fois son poids de potasse caustique. Ayant répété la même expérience sur le suc dialysé du porc, nous avons constaté que rien ne passait à la distillation sous l'influence de la potasse seule, mais qu'il suffisait d'ajouter un peu de poudre de caustique de Vienne pour déterminer la décomposition de l'acide hippurique et la formation de la benzine.

Dans l'un et l'autre cas, le résultat a été des des plus concluants; car non-seulement l'odeur éthérée, *suî generis*, si pénétrante de la benzine, imprégnait tout l'appareil, mais nous avons vu que le liquide distillé, en si faible quantité qu'il fût, dissolvait l'iode et les corps gras, était inflammable, offrait, en un mot, les caractères essentiels de la benzine.

La conclusion rigoureuse de ces faits, c'est que le suc gastrique est acidifié par l'acide hippurique. Nous avons mesuré acidimétriquement la quantité d'acide hippurique du suc gastrique, et nous avons trouvé le chiffre de 4 grammes 12 par 1,000 grammes. Mais poursuivons nos recherches, qui nous ont encore fourni quelques résultats intéressants.

Par l'acide nitrique, on obtient souvent aussi une fort belle cristallisation d'acide hippurique, seulement elle est très éphémère et l'on ne tarde pas à voir se produire, au sein du liquide, une multitude de petites bulles sphériques qui sont l'indice d'un développement gazeux (acide carbonique). En même temps, les cristaux se résorbent et sont remplacés le lendemain par des hexagones.

Traité par le chlorure de chaux, le suc gastrique dialysé laisse également dégager de nombreuses bulles de gaz, et, à un moment donné, le microscope y fait découvrir une belle cristallisation en hexagones.

Si l'on s'est servi d'acide sulfurique, ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que l'on observe le même phénomène, qui coïncide toujours avec la disparition des cristaux d'acide hippurique.

Enfin, si l'on traite à chaud, par l'hydrate de potasse, le suc gasrique dialysé, on obtient une multitude innombrable de cristaux microscopiques hexagonaux, dont quelques-uns passent à l'octaèdre, ou à une modification avec des chanfreins sur les angles dièdres et les pyramides tronquées.

Dans tous les cas, la décomposition de l'acide hippurique du suc gastrique s'effectue sous des influences beaucoup moins puissantes, d'une manière plus rapide et plus complète que celle de la même substance purifiée dans nos laboratoires; ce qui tient à la mobilité extrême de certains composés organiques dans des conditions déterminées.

Il n'est point difficile de trouver la nature des diverses cristallisations que nous venons d'observer.

S'agit-il de suc gastrique traité à chaud par l'hydrate de potasse ? La décomposition de l'acide hippurique engendre, comme on le sait, de l'acide benzoïque, de l'ammoniaque et de l'acide carbonique. Aussitôt la base alcaline est éliminée par la potasse en excès. Mais la décomposition ne s'arrête pas là; l'acide benzoïque lui-même est attaqué, comme nous nous en sommes assuré directement, en laissant exposé à l'air, pendant quelques jours le résultat du traitement à chaud, de l'acide benzoïque du commerce par l'hydrate de potasse. Il en résulte la production d'une quantité considérable d'acide carbonique et simultanément la formation de sesquicarbonate de potasse, lequel constitue la cristallisation dont nous avons parlé. Nous disons que le dégagement d'acide carbonique est considérable; car, non-seulement la liqueur fait une vive effervescence par l'addition de l'acide chlorhydrique; mais encore la neutralisation de la potasse est dépassée et la réaction devient acide. Si l'on a employé de l'acide sulfurique ou de l'acide nitrique, c'est le contraire qui a eu lieu: l'acide carbonique s'est dégagé, tandis que la base alcaline s'est fixée par sa combinaison avec l'acide. De là du sulfate ou du nitrate d'ammoniaque en prismes hexagonaux. La présence de l'ammoniaque est aisément démontrée par l'exposition d'un papier de tournesol rougi et humide non loin de la surface de la liqueur additionnée de potasse.

Enfin le traitement par le chlorure de chaux engendre du sesquicarbonate d'ammoniaque. L'acide hippurique donnant lieu, sous l'influence oxydante de l'acide nitrique, à la production de nitrate d'ammoniaque, il arrive que le mélange de suc gastrique dialysé et d'acide nitrique engendre, par la calcination, un phénomène curieux de conflagration. Voici dans quelles circonstances nous en fûmes témoin. Voulant opérer le départ des chlorures renfermés dans le suc gastrique dialysé, nous le traitâmes par le nitrate d'argent. Le précipité blanc, très caillebotté, fut repris par l'acide nitrique. Le liquide filtré fut soumis à l'évaporation dans une capsule, et nous eûmes soin d'en distraire une partie avant d'atteindre la siccité. La calcination du reste étant continuée, tout à coup le contenu de la capsule prit feu en projetant une lumière éclatante.

Ce curieux phénomène nous remet en mémoire un incident qui, jusqu'à préseut, a beaucoup intrigué les chimistes experts en médecine légale. Nous voulons parler de la conflagration subite du résidu do certaines urines acides calcinées avec l'acide nitrique, dans le but d'y rechercher la présence des substances inorganiques vénéneuses.

N'y a-t-il pas lieu de supposer qu'il s'agissait, dans ces cas encore inexpliqués, d'une complication d'hippurie accidentelle?

La partie distraite avant la siccité, dans l'expérience précédente, fut traitée de nouveau par le nitrate d'argent, afin d'y rechercher la présence des phosphates neutres. Débarrassée des chlorures qu'elle contenait primitivement, renfermant de l'acide benzoïque au lieu d'acide hippurique, elle fournirait, à moins d'absence, la réaction qui les caractérise. La coexistence de l'acide benzoïque n'était d'ailleurs pas capable de masquer l'effet de la réaction, ainsi que nous nous en sommes assuré au préalable. Effectivement, nous avons obtenu ainsi un précipité jaune, un peu pâle à la vérité, mais suffisamment caractéristique du phosphate alcalin. Ce précipité était soluble dans l'acide sulfurique.

On ne peut directement s'assurer si le suc gastrique dialysé contient de l'acide urique (1) ou de l'alloxane ; car la présence du phosphate alcalin empêche le murexide de se produire avec sa teinte si caractéristique. Un mélange, disons plutôt une combinaison d'acide urique et de phosphate de soude, traité par l'acide azotique prend bien une teinte jaunâtre par l'évaporation à siccité ; mais cette coloration ne vire nullement au rouge pourpre par l'exposition aux vapeurs ammoniacales. C'est pourquoi nous avons d'abord traité le suc gastrique dialysé par l'acide chlorhydrique, afin d'en précipiter l'acide urique, dans le cas où il en contiendrait, puis recueilli le précipité sur un filtre et recherché enfin par le procédé ordinaire, la production de la murexide. Sous l'action des vapeurs ammoniacales, la coloration jaune de la matière ne fit que s'accentuer, devint jaune-citrin, mais ne passa point au rouge.

(*A suivre*).

Erratum. — N° 25, page 307, col. 1, ligne 24, lisez : *l'iode cesse de le colorer* au lieu de l'acide, etc.

(1) Si ce n'est par l'examen microscopique de la matière soumise à l'action de l'acide acétique; ce qui donne un résultat entièrement négatif.

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

De la syncope cardiaque d'origine réflexe.

Par le Dr Ch. Liégeois, (de Bainville-aux Saules, Vosges), Lauréat des Facultés de médecine de Nancy, et de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite.)

2° *Physiologie pathologique de la syncope cardiaque reflexe de cause splanchnique avec syndrome syncopal.*

Il nous semble que Ganz avait assisté, dans ses expériences, à la syncope de cause splanchnique avec syndrome syncopal, quand il se crut autorisé à avancer que ce qui caractérise avant tout, pour le physiologiste, la syncope, c'est la vasoconstriction des artères encéphaliques qui suit l'irritation morbide. Mayer et Pibram, Dreschfelds ont été, me paraît-il, injustes envers Ganz, en ne voulant pas même admettre, pour quelques cas, la possibilité de ce mécanisme. Pour notre part, mettant à profit des résultats plus récents dus à un très remarquable physiologiste, M. François-Franck, nous pensons que Ganz avait saisi la pathogénie de la syncope avec syndrome syncopal.

Qu'a en effet prouvé M. François-Franck (1)? Qu'une douleur vive, et ceci peut s'appliquer à la péritonite, aux coliques hépatiques et néphrétiques, etc..., occasionne : 1° un spasme vasculaire étendu, 2° une augmentation de pression intra-crânienne, 3° une augmentation de pression intra-cardiaque. Or, quelle est la conséquence du spasme vasculaire dans l'encéphale? Sa conséquence, c'est l'anémie de cet encéphale avec tout le cortège symptomatique que M. Arnaud attribue au syndrome syncopal. Si ce spasme vasculaire encéphalique est insignifiant, le cœur pourra tout simplement être ralenti, comme l'a vu notre savant confrère; est-il considérable, le cœur s'arrêtera, parce que les noyaux vagues dans le bulbe subiront cette excitation anémique, cette exagération momentanée de l'activité fonctionnelle qui précède l'inertie et à laquelle nous font assister Landois (2) en diminuant l'arrivée du sang artériel dans la moelle allongée par la compression de la veine cave supérieure, M. Couty (3) en oblitérant les artères bulbaires.

C'est ce spasme vasculaire encéphalique, M. François-Frank le dit, qui donne lieu à son tour à l'augmentation de la pression intra-crânienne, parce que le liquide céphalo-rachidien se précipite brusquement, avec une tension excessive, autour des vaisseaux cérébraux dans les gaines lymphatiques de Robin (Duret). Or, personne de nous n'ignore que M. François-Franck (4) a produit l'arrêt du cœur en exerçant, à l'aide d'une virole métallique analogue au tube de Bourguignon et pouvant se visser dans le crâne, une compression brusque avec de l'air comprimé sans pressions variables. C'est que l'effet de cette compression brusque se répercute (Duret) sur le bulbe rachidien qu'elle excite, d'après M. Vulpian, à la manière des courants intenses de Budge et de Longet.

Nous avons ajouté qu'un autre élément, également consécutif au spasme vasculaire étendu, entre ici en jeu pour arrêter le cœur : cet élément, c'est l'augmentation de la pression intra-cardiaque. Or, dans toutes les expériences où M. François-Franck (5) a déterminé une augmentation notable de la pression artérielle par l'intervention d'une cause agissant à la périphérie du système aortique, *sans pouvoir influencer directement l'innervation cardiaque*, il a observé, et avant lui déjà Marey, Valvalichin (de Kazan), Tschiriew (de Saint-Pétersbourg), un ralentissement des battements du cœur qui peut aller jusqu'à

(1) François-Franck, *Gaz. hebd.*, 1877, n° 23.
(2) Landois, *Centralblatt*, 1865.
(3) Couty, *Arch. de physiol.*, 1876, p. 665.
(4) François-Franck, *Soc. biol.*, 3 nov. 1877.
(5) François-Franck, *Soc. biol.*, 24 nov. 1878.

la syncope si la gêne de la circulation artérielle persiste. L'augmentation de la pression intra-cardiaque est donc susceptible d'arrêter le cœur et cela, d'après M. François-Franck, par l'intermédiaire des centres nerveux encéphaliques qui, soumis à une pression exagérée, réagissent par les pneumogastriques: l'effet hypokinésique ou syncopal n'a lieu que si le pneumogastrique est intègre, et la preuve, c'est que si l'on ajoute de l'atropine, ce paralysateur du nerf vague, au sang défibriné qui reflue vers le cœur de la tortue en expérience, le cœur ne se ralentit ni ne s'arrête. Du reste on sait très bien que cet organe ne va pas entrer en hypokinésie ou en syncope que parce qu'il a une plus grande résistance à vaincre: non, s'il en était ainsi, le ralentissement se porterait surtout sur la période systolique tandis, au contraire, que c'est la période diastolique qui est prolongée, exactement comme quand on excite le nerf pneumogastrique.

Je ne crois pas me tromper en disant que la fameuse *apoplexie nerveuse de Willis* n'était autre chose qu'une syncope avec syndrome syncopal: ce *relâchement subit des nerfs* qui, pour Seelmatter, en était la caractéristique clinique, n'est-il pas cette « sorte de *paralysie temporaire* » des centres nerveux dont parle M. Arnaud? Syncope cardiaque et dépression syncopale sont évidemment deux choses distinctes, et qui ne doivent pas être désignées par un même mot, le mot syncope; mais, ce qu'il importe de retenir, c'est que la dépression syncopale, résultat d'un spasme vasculo-artériel encéphalique est l'acheminement fréquent vers l'arrêt réel du cœur. Et, il faut bien l'avouer, il n'est peut être pas mauvais, pour notre malade, que nous ne prenions pas toujours le temps de voir s'il est seulement en dépression syncopale ou bien en syncope, car alors nous agissons le plus souvent comme s'il avait une véritable syncope, avant que le cœur radicalement atteint, ait perdu toute vitalité, avant que le coup de foudre qui, par l'intermédiaire des pneumogastriques, doit l'anéantir à jamais, ait été porté.

Vous n'avez pas perdu de vue cette syncope cardiaque due au tétanos du cœur dont nous avons été témoin chez un typhoïdique, succombant à une péritonite par perforation. Je l'avoue, l'interprétation de ce cas n'est pas commode. J'ai lu, dans G. Sée (1), que si le cœur se trouve obligé de mettre en jeu toutes ses réserves de forces contractiles, la syncope peut se montrer à une période relativement précoce, parce que les fibres musculaires sont prises d'une contracture tétanique. Ici, le cœur de notre malade ne s'est-il pas trouvé dans ce cas, luttant contre le spasme vasculaire généralisé si évident et si considérable (Peter) dans la péritonite et dès lors, contre l'augmentation de la pression intra-cardiaque aussi bien que contre celle de la pression abdominale? Le syndrome syncopal, qui avait commencé avec le spasme vasculaire encéphalique, a dû persister tant que le tétanos du muscle cardiaque n'a pas été incompatible avec la vie. (*à suivre*).

(1) G. Sée, *du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*, etc. Paris, 1879, p. 264.

MÉDECINE PRATIQUE

Les traitements du diabète

Un article sur le traitement du diabète est le complément naturel de ceux que nous avons consacrés au diagnostic de cette affection. Ce n'est pas qu'on puisse, à vrai dire, exposer *le* traitement du diabète dans l'état actuel de nos connaissances; car l'accord est bien loin d'exister entre les praticiens sur le meilleur moyen de combattre cette maladie de la nutrition, et ce n'est pas seulement par des nuances qu'ils sont divisés sur la question; des abîmes séparent les hommes les plus expérimentés, et chacun des chefs d'école a pu étayer sa doctrine thérapeutique sur un nombre respectable de guérisons authentiques.

Le rôle de l'écrivain doit donc consister à énumérer les diverses méthodes proposées et appliquées jusqu'ici, les principales, entendons-nous, et celles qui s'appuient sur l'autorité de noms considérables dans la médecine; car, pour passer en revue toutes celles qu'a enfantées l'imagination sans cesse en travail des thérapeutes anciens et modernes, il faudrait des volumes ; — notre rôle doit donc être d'énumérer et de critiquer les principaux traitements du diabète.

Si tant de médications contre le diabète ont été successivement proposées, adoptées, rejetées, c'est que, comme l'a fait remarquer judicieusement M. Ernest Labbée (1), le diabète présente des variétés aussi nombreuses que les malades qui en sont affectés. Il n'y a pas de diabète, il n'y a que des diabétiques, a-t-on-dit encore ; chaque méthode a pu être excellente dans certains cas, on aurait tort de l'appliquer systématiquement à tous. « Il n'y a pas de traitement du diabète, mais un certain nombre d'indications thérapeutiques générales applicables aux cas particuliers. Ces moyen généraux sont fournis par l'hygiène, la pharmacie et les cures hydro-minérales. C'est en faisant un choix judcieux de ces armes excellentes qu'on triomphera plus sûrement des difficultés du traitement. »

I

Ce qui frappe d'abord, quand on a sous les yeux la liste des médications proposées contre le diabète, c'est que chacune d'elles découle d'une théorie spéciale concernant la pathogénie de cette maladie; il nous paraît donc impossible d'aborder l'énumération des thérapeutiques, sans l'avoir fait précéder d'un exposé, aussi rapide que possible, des théories pathogéniques corrélatives.

Cl. Bernard a rapporté à trois types principaux les théories proposées. — Les unes rattachent le diabète à un trouble des fonctions gastriques ou

(1) Journal de Thérapeutique, 1878.

intestinales; d'autres, à une altération fonctionnelle du foie; quelques autres invoquent des dérangements du système nerveux; de là des théories *gastro-entérogènes, hépatogènes, névrogènes.* Enfin, il est des pathologistes qui, pratiquant l'éclectisme, admettent que le diabète peut être l'expression de troubles fonctionnels très variés et de la lésion de divers organes, *théories mixtes ou complexes.*

Théories gastro-entérogènes. — Les anciens médecins, avec *Rollo,* considéraient le diabète, comme une maladie de l'estomac; *Bouchardat,* a repris de nos jours et fait sienne cette opinion, en la défendant avec un talent de premier ordre (1). D'après lui, le diabète est constitué par une production exagérée de glycose, entraînant secondairement la glycémie et la glycosurie. Cette production exagérée s'explique par une alimentation glycogénique trop abondante et par le développement anormal, dans l'estomac, d'un ferment diastasique plus énergique qui favoriserait et rendrait trop rapide la transformation des aliments saccharigènes en glycose.

Théories hépatogènes. — Ces opinions, qui mettent en cause, pour expliquer la production du diabète, un trouble dans la fonction hépatique, sont les plus nombreuses.

1. *Claude Bernard* (2), en découvrant la fonction glycogénique du foie par ses immortelles expériences, fit jaillir du même coup une théorie du diabète, la plus rationnelle à vrai dire qui ait jamais été mise en avant. La majeure partie des sucres alimentaires se rend au foie qui s'en empare, et les transforme en matière glycogène; celle-ci se convertit ultérieurement en sucre, au fur et à mesure des besoins de l'organisme, sous l'influence d'un ferment: *la fonction glycogénique du foie* consiste à entretenir et à régler la quantité de matière sucrée dans le sang, à la rendre indépendante des conditions variables de la digestion. « Le foie équilibre les proportions de sucre versées dans le sang. » — Pour le grand expérimentateur français, le diabète est constitué par une désassimilation exagérée, *ultra-physiologique,* de la matière glycogène de l'organisme sous l'influence d'un ferment.

2. *Pavy.* — Le foie, chez certains diabètiques, est devenu incapable de transformer les matières sucrées alimentaires en glycogène, et celles-ci passent dans le sang pour s'éliminer. Dans d'autres cas, la matière glycogène n'est plus changée en graisse, elle passe dans le sang et se convertit en glycose. Pavy suppose ainsi qu'à l'état physiologique, la matière glycogène contribue à la formation des graisses, ce qui n'est pas démontré.

3. *Schiff.* — C'est sous l'influence de la stagnation du sang par hypérémie active ou passive que se développe le ferment capable de transformer la matière glycogène en sucre et de favoriser sa désassimilation.

4. *Tommasi,* — Le foie perd la faculté de transformer la matière glycogène en graisse, et ce glycogène obéit à sa tendance à former du sucre.

5. *Zimmer.* — Le foie paresseux ne peut plus faire de matière glycogène à l'aide des sucres alimentaires, et laisse passer ceux-ci dans le sang.

6. *Foster.* — Le foie se laisse traverser par les matières sucrées et peut, en outre, fabriquer du sucre aux dépens des albuminoïdes.

7. *Sénator.* — Le foie fabrique un excès de glycogène et celui-ci se métamorphose plus activement en glycose.

Théories mixtes ou complexes. — 1. *Cantani* (1). Le sucre alimentaire n'est plus utilisé pour les fonctions ou les réparations de l'organisme; il s'élimine comme un poison. Ceci tient à une altération des organes chylopoétiques.

2. *Gubler.* — Les cellules hépatiques, les *gaines trophiques* des muscles (sarcolemme) cessent de transformer les matières sucrées pour les rendre utiles. Devenues corps étranger à l'organisme, ces matières s'éliminent. Chez certains diabétiques, le sarcolemme musculaire en arrive à faire du sucre à l'aide des albuminoïdes.

3. *Fleury,* (de Bordeaux). — La circulation capillaire devient plus lente, il se forme dans le sang stagnant du peroxyde d'hydrogène, qui joue le rôle de ferment et aide vivement à la transformation des aliments glycogéniques en sucre par des principes sulfurés dérivés de la salive et de la bile.

Théories névrogènes. — La plupart n'expliquent que la glycosurie simple et non pas le diabète; elles reconnaissent, comme point de départ, l'expérience célèbre de Cl. Bernard (production de la glycosurie par la piqûre du plancher du quatrième ventricule), ainsi que la constatation clinique de la glycosurie dans un certain nombre d'affections cérébrales (hémorrhagie, Ollivier, etc.)

On peut en rapprocher la théorie de *Jaccoud,* pour qui le diabète est une dystrophie provoquant la désassimilation des tissus à glycogène.

Enfin on a dit que le diabétique perdait la faculté d'absorber suffisamment d'oxygène et ne pouvait plus brûler son sucre alimentaire; c'est la *théorie de l'épargne* (Voit, Pettenkofer, Gaethgens).

II

La classification la plus simple qui permette d'exposer, sans confusion, les divers modes de traitement du diabète est celle qui les divise d'abord en traitement hygiénique et traitement pharmaceutique, et qui les range ensuite sous trois titres, suivant que leurs inventeurs se proposent de *s'opposer à la production exagérée* du sucre, *d'en activer la destruction* ou d'en *favoriser la transformation.*

(1) De la glycosurie ou diabète sucré; son traitement hygiénique, par le professeur Bouchardat. Paris, 1875.

(2) Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale Paris, 1877.

(1) Le diabète sucré et son traitement diététique, par le Dr A. Cantani, traduit par Charvet. 1876.

A. Traitements hygiéniques ou diététiques du diabète.

Le plus célèbre, et à juste titre, est celui de Bouchardat; on ne peut contester qu'il a produit le plus grand nombre de guérisons définitives, et, bien qu'il soit assez connu de tous les médecins qui ont étudié à la Faculté de Paris, on ne peut se dispenser d'en rappeler les points principaux.

Avant toute prescription diététique ou pharmaceutique, le médecin doit acquérir trois notions qui sont indispensables pour juger le résultat du traitement : 1° quelle est la quantité de sucre rendue en 24 heures ? — 2° Quelle est la proportion entre le sucre excrété et la quantité d'aliments ingérés ? — 3° Quel est le poids du sujet ?

Le dosage du sucre sera fait d'une manière régulière, par un chimiste, s'il se peut, sinon par le médecin, à l'aide de solutions titrées ; à tout le moins, le malade pourra faire lui-même l'essai de son urine, en portant à l'ébullition 50 grammes d'urine, additionnée de 5 grammes (une cuillerée à café) de chaux vive. L'urine sucrée brunit, et d'autant plus que la quantité de glycose est plus abondante.

Les pratiques hygiéniques imposées aux diabétiques sont relatives à l'alimentation, aux exercices physiques, au milieu favorable, et aux soins de toilette.

1. Alimentation. Etant admis que les substances féculentes et sucrées sont les origines les plus importantes de la matière glycogène, sans être toutefois les sources exclusives de la glycémie physiologique, la première indication paraît être d'exclure rigoureusement de l'alimentation des diabétiques toutes les substances saccharigènes.

Aliments solides à interdire. — Parmi les comestibles féculents, tout le monde sait que le pain ordinaire, les pâtisseries, les pommes de terre, le riz, les pâtes farineuses ; haricots, pois, lentilles, châtaignes, (radis, sauf le noir) doivent être proscrits ; — parmi les comestibles contenant du sucre; les fruits sucrés : raisins, prunes, abricots, poires et pommes, melons, figues, etc, même les fruits rouges, fraises, cerises, groseilles, etc., de même, les racines sucrées, carottes, betteraves, oignons, navets, etc.

Aliments solides permis. — Toutes les viandes de boucherie, gibier, volailles, poissons, coquillages, huitres et moules, œufs ; Bouchardat *prescrit*, en outre, pour entretenir la calorification, peu intense chez le diabétique, les corps gras, lard, beurre et graisses.

On ne perdra pas de vue que, pour satisfaire au principe de la ration d'entretien (carbone 310 grammes; azote, 20), il faut associer, dans des proportions définies, les substances azotées et hydrocarbonées. Le diabétique ne doit pas manger trop de viande, et on s'assurera par l'examen des selles que les graisses sont bien digérées.

Parmi les végétaux, les légumes herbacés (épinards, chicorée, etc.), toutes les salades, les choux. Pas de tomates, oseille, ni asperges qui fatiguent les reins. — Comme desserts, les fromages divers, olives, noix, pistaches, chocolat sans sucre, cacao *torréfié*. — Comme aliments inorganiques, le sel marin est permis; toutefois Bouchardat lui préfère 10 grammes de tartrate de soude par jour, incorporés dans un litre de vin de Bourgogne, ainsi que le citrate de soude, le sel de Seignette, le phosphate de chaux hydraté, sels qui permettent aux diabétiques d'utiliser une assez bonne portion de féculents.

Boissons. — Sont défendus : limonades, vin de Champagne, bière et cidre, eaux gazeuses naturelles ou artificielles et même le lait, d'après Bouchardat, parce que sa lactine se transforme en sucre dans l'organisme. Nous verrons pourtant plus loin que l'Anglais Donkin assure avoir guéri le diabète par l'usage exclusif du lait écrémé.

On permet l'eau, un litre et demi par jour de vin de Bourgogne ou de Bordeaux, le café et le thé. « Les alcooliques, le bon vin en première ligne, pris en juste mesure, contribuent puissamment à rendre aux glycosuriques l'énergie physique ou morale dont ils ont grand besoin. »

Le diabétique doit manger lentement, mastiquer avec ardeur, de manière à provoquer la sécrétion d'une salive alcaline abondante; il ingérera peu d'aliments à chaque repas, de façon à ne pas fatiguer son estomac, s'efforcera de boire peu et pourra tromper sa soif en mâchant des olives dessalées ou des graines de cacao torréfiées.

Mais revenons à la question du pain, qui nous servira de transition pour parler des critiques dont a été l'objet le régime de Bouchardat.

Au pain de gluten, imaginé par Bouchardat, on a reproché d'être désagréable à manger, au point de troubler l'appétit et les digestions; ensuite de contenir 25 à 30 0/0 d'amidon, de sorte que le pain de gluten est, d'après Boussingault, plus riche en amidon que la pomme de terre et presque aussi riche que la brioche. La pomme de terre présente encore l'avantage de contenir 0,9 de carbonate de potasse par 173 grammes; or les sels permettent, dans l'économie, l'utilisation des sucres. Ainsi la pomme de terre, cuite à l'eau ou sous la cendre, serait préférable au pain de gluten dans le régime diabétique et constituerait le succédané le plus inoffensif du pain ordinaire.

D'autres modifications ont été proposées au régime de Bouchardat. Pavy permet le laitage et interdit les choux, contrairement à l'hygiéniste français; il remplace le pain de gluten, tantôt par le pain de son, tantôt par le gâteau d'amandes pulvérisées et débarrassées de leur sucre par l'eau acidulée d'acide tartrique. — Seegen et Camplin se sont bornés à tempérer la rigueur des prescriptions de Bouchardat, par la tolérance d'un peu de farineux; ce dernier préconise un pain de son particulier.

Gubler considérait le régime alimentaire exclusif comme superflu et périlleux, disant que supprimer totalement le sucre, ce serait augmenter la torpeur fonctionnelle du foie et préluder à son atrophie et que, d'ailleurs, on n'arrive jamais à cette suppression complète, puisque la viande

elle-même, sans parler du pain de gluten, riche en amidon, renferme des matières sucrées: sucre carné, dextrine, inosite. Il n'excluait donc pas complètement les matières saccharigènes.

Contrairement à ces derniers auteurs, qui se sont efforcés de mitiger le régime de Bouchardat, il en est d'autres qui ont cru devoir combattre le diabète par des méthodes plus radicales encore.

Méthode de Cantani: *diète sarco-adipeuse*. — Viandes et poissons tous apprêtés de façon que ni les condiments, ni l'amidon, n'entrent dans la cuisine; à peine de faibles proportions de sel, acide acétique ou citrique au lieu de vinaigre. — Huile d'olive et graisses, sauf le beurre; comme boisson, *eau pure* légèrement alcoolisée ou eau de Seltz. D'ailleurs la modération est de rigueur dans l'ingestion des aliments, ce qui paraît superflu à recommander étant donné le peu d'attrait d'une telle cuisine; « car c'est un grave préjugé, dit l'auteur, de croire que le diabétique a vraiment besoin de manger autant qu'il demande à le faire ordinairement. »

Cette diète carnée féroce doit être observée de de deux à neuf mois, suivant la gravité des cas, et on passe ensuite progressivement à un régime mixte par l'adjonction prudente de quelques légumes. Le but qu'on se propose est de faire disparaître complètement le sucre de l'urine; car, pour le médecin de Naples, c'est un véritable *poison* pour l'organisme. Comme adjuvant, il prescrit l'acide lactique, chlorhydrique, les lactates alcalins et la pepsine acidifiée. Sa statistique paraît belle (73 guérisons sur 105 cas); il nous semble cependant bien difficile de faire accepter par la majorité des malades un régime aussi sévère.

Régimes lactés. — Donkin, vers 1869, considérant que le diabète résulte d'une assimilation défectueuse, a proposé de le combattre exclusivement à l'aide d'une substance de facile assimilation, le lait écrémé. D'après lui, le sucre de lait est tout-à-fait spécial, ne fermente pas au contact de la levure et se transforme facilement en acide lactique. Dans une première période, le malade doit prendre jusqu'à 6 litres par jour de lait bien débarrassé de toute sa crême, chaud ou frais, mais jamais bouilli; plus tard, quand le sucre a disparu de l'urine, on diminue la ration de lait pour donner plus de caséum, et quelques repas de viande et de légumes verts, en évitant les graisses (contrairement aux idées généralement admises par les médecins); enfin la convalescence permet l'usage du vin et du pain mixte de gluten et de son.

Ce traitement paraît avoir joui d'une certaine vogue en Angleterre. La diète lactée ordinaire n'a pas donné de résultats thérapeutiques encourageants.

2. Exercices physiques. — Les médecins sont presque tous d'accord sur l'utilité de l'activité musculaire, qui, favorisant l'absorption de l'oxygène par l'organisme, rend les combustions plus actives au sein de ce dernier. Les diabétiques, dit Bouchardat, devraient gagner leur pain à la sueur de leur front. Chaque jour, suivant son âge, son sexe ou sa position sociale, le diabétique devra faire un exercice méthodique et forcé: gymnastique, escrime, chasse, patinage, paume, billard, ramer, fendre ou scier du bois, tourner, jardiner, labourer, etc... Après chaque séance, le corps étant en sueur, frictions énergiques, massage. Gymnastique pulmonaire, consistant en inspirations lentes, profondes et égales.

3. Soins de la peau. — Trois bains tièdes par semaine, suivis de frictions énergiques et de massage; en été, bains de mer ou de rivière très courts, à condition que la réaction se fasse; usage de la flanelle, les refroidissements étant funestes aux diabétiques.

Eviter les passions et émotions violentes, habitudes journalières sagement ordonnées.

Abstention des plaisirs vénériens, recommandation bien souvent inutile, puisque l'impuissance est un des symptômes assez précoces du diabète.

Climats chauds et stations méridionales pendant la mauvaise saison.

B. Traitements pharmaceutiques.

M. Lécorché, dans son remarquable livre, a établi une division parmi ceux-ci; il a réuni, sous le nom de *thérapeutique rationnelle*, les médications qui visent une des trois indications capitales du diabète, et sous celui de *thérapeutique dogmatique*, les traitements basés sur des théories hypothétiques dont le temps a fait justice.

Ainsi la thérapeutique rationnelle comprend :

1. Des médications ayant pour but de *diminuer la puissance de sécrétion du foie*: arsenic, bromure de potassium, iode, électricité, hydrothérapie, révulsifs (séton, cautère, vésicatoires).

2. D'autres qui paraissent *augmenter la force de résistance que les matières alimentaires (azotées ou graisseuses) opposent à leur transformation en glycogène et en sucre* : opium, valériane.

3. Celles qui paraissent *activer la combustion du sucre* et faire disparaître la glycémie : alcalins (préparations pharmaceutiques ou eaux minérales), acides, toniques réparateurs.

La thérapeutique dogmatique comprend les médications stomacale, rénale, respiratoire et cutanée, en raison du but que se proposaient d'atteindre les médecins qui les proposaient; abandonnées depuis que les travaux de Cl. Bernard et de ses successeurs ont permis d'ébaucher une thérapeutique rationnelle, elles n'ont plus qu'un intérêt de curiosité.

Enfin, on peut faire le traitement de tel ou tel symptôme prédominant de l'affection, sécheresse de la bouche, soif, polyurie, et celui des complications.

Nous allons terminer en passant en revue les médicaments cités plus haut, d'après leur degré de notoriété.

Alcalins. — Leur introduction dans la thérapeutique du diabète, empirique depuis Willis et Rollo, systématisée par Mialhe, repose sur un fait faux et un principe vrai : le fait faux est le défaut d'alcalinité du sang chez les diabétiques; le principe vrai, c'est cette loi de Chevreul, à savcir que les alcalins favorisent singulièrement l'oxydation des substances organiques. Mialhe pensait que les alcalins favorisent l'oxydation du sucre dans l'organisme, c'est une erreur, paraît-il. Ce qui a été démontré par les expériences de Frémy, Martin-Damourette, et plus récemment Coignard, c'est qu'il suffit d'arroser avec une solution alcaline des végétaux à fruits sucrés pour les priver de leur sucre. D'autres auteurs croient que les alcalins sont favorables à la cure du diabète, soit par leur action stimulante sur les fonctions digestives, soit par une excitation de la nutrition générale. Les alcalins paraissent indiqués chez les malades récemment atteints, d'âge moyen, encore robustes, gros plutôt que maigres, pléthoriques plutôt qu'anémiques, chez les diabétiques goutteux dont l'urine est riche en acide urique.

On a employé successivement l'eau de chaux (1 litre en 24 heures, Rollo), la magnésie, l'ammoniaque (6 gouttes trois fois par jour, Bouchardat), le bicarbonate de soude (6 à 12 grammes, Mialhe), le carbonate d'ammoniaque (1 à 5 grammes), le bicarbonate de potasse (2 à 3 grammes, Galtier-Boissière) ; puis les citrate, tartrate, malate de soude, potasse ou lithine, dont les acides brûlent dans l'économie et se transforment dès lors en carbonates alcalins.

Opium et dérivés. — De tout temps on a remarqué qu'il calme la soif, diminue la voracité de l'appétit, restreint la glycosurie ; parfaitement toléré par le diabétique, même à hautes doses, il jouit d'une utile action diaphorétique. Extrait et teinture d'opium, plus rarement morphine et codéine, poudre de Dower et thériaque ont été employés, soit à dosses massives en Angleterre et en Italie, soit à moindres doses en France.

Strychnine, noix vomique. — Plus particulièrement chez les sujets débilités, languissants, qui ont de l'affaiblissement visuel, de l'atonie des facultés digestive ou génitale : On donne la strychnine à doses graduellement croissantes, en pilules de un demi-centigramme à deux centigrammes et demi, ou l'extrait de noix vomique à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes.

Les Évacuants, laxatifs ou purgatifs, doivent être employés avec modération ; car les expériences de Harley et de Rosenstein ont démontré que toute perturbation intestinale augmente la glycosurie.

Les Stimulants sont de bons adjuvants du régime diététique, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Thé, café, alcooliques pris judicieusement et avec modération. Dans l'ordre des stimulants, on range la *valériane :* elle est très puissante contre certains symptômes fâcheux, polyurie et polydipsie ; elle diminue l'élimination de l'urée, propriété précieuse quand l'azoturie est intense. Mais elle ne guérit pas le diabète, bien entendu.

La *glycérine* n'a pas tenu les promesses faites en son nom ; à la condition de ne faire naître ni dégoût, ni troubles dyspeptiques, peut-être est-elle palliative de la soif, de la glycosurie, et de l'amaigrissement; ce n'est rien moins que prouvé.

L'*arsenic* a été surtout préconisé par Devergie et Foville, soit comme tonique vasculaire, soit comme agent d'épargne ; Jaccoud en est encore partisan ; nombre de praticiens n'ont rien obtenu et d'autres s'en sont plaints.

L'*iode* fut doté par Ricord, l'un des premiers, d'une action anti-diabétique. Béranger-Féraud, à son exemple, le prescrit surtout quand, dans le cours d'un traitement quelconque, il voit survenir une brusque rechûte ; 5 à 20 gouttes de teinture d'iode, aux repas. Bouchardat ne donne l'iodure de fer qu'à titre de tonique.

Le *mercure* serait utilement prescrit aux diabétiques syphilitiques, soit qu'il existe réellement un diabète syphilitique, comme le croit Lécorché, soit qu'il y ait glycosurie symptomatique de syphilis cérébrale ou hépatique — Le *cuivre* a été employé, à titre non de spécifique, mais de tonique (Grazzini. 1879). Nous n'avons aucune opinion sur un certain nombre de médicaments qu'on trouve encore cités, *acides* phosphorique, chlorhydrique, nitrique, phénique et salicylique, salycilate de soude (Ebstein) et chloral (Eckhard), *astringents* (alun, tannin, extrait de ratanhia) *ferments* (levure de bière, diastase, pepsine), *oxydants* (chlorate et permanganate de potasse, peroxyde d'hydrogène et éther ozonisé, inhalations d'oxygène.)

Que n'a-t-on pas essayé ? Les *révulsifs* (vésicatoires, sétons) peuvent être appelés à combattre des complications de nature inflammatoire ou congestive. Jaccoud a dit : « Ne mettez jamais de vésicatoire à un diabétique. » La tendance aux gangrènes, qui se montre si souvent, nous paraît légitimer cette recommandation.

Bassereau a faradisé le foie, Mario Semmola a galvanisé le nerf vague ; ils ont vu diminuer la glycosurie. Mais la glycosurie n'est pas tout le diabète. Worms diminue la glycosurie par la sulfate de quinine, Begbie et Fluit ont, par le bromure de potassium, amendé des glycosuries symptomatiques de lésions de la moelle allongée. Mais que peuvent tous ces moyens contre ce trouble général de la nutrition qui constitue le diabète?

Sans doute le diabète est curable; mais c'est dans l'hygiène qu'il faut chercher surtout les moyens de le combattre et de le prévenir. Les médicaments ne sont que des agents de circonstance, des adjuvants qui n'entrent en ligne qu'assez rarement ; c'est l'hygiène qui tient le premier rang dans nos moyens d'attaque contre le diabète (E. Labbée). C'est à ce point de vue que notre éminent hygiéniste Bouchardat a pu dire : « Le diabétique qui se soigne a autant de chances de vivre longtemps qu'un homme en bonne santé.»

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Mon cher Directeur,

En me communiquant la lettre du docteur *Wurtz*, vice-président des sociétés de secours mutuels de Compiègne (12 décembre 1881) vous me mettez, pour ainsi dire, dans l'obligation de dire un *dernier mot* sur cette éternelle question : *des rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels*.

Loin de moi la pensée de vouloir critiquer, en quoi que ce soit, les considérations très justes et très légitimes, développées dans cette lettre, non plus que la détermination, parfaitement motivée, qu'a prise M. le docteur Wurtz, de donner sa démission de médecin des différentes sociétés de Compiègne. Notre confrère a agi dans la plénitude de ses droits et de ses devoirs.

Je me permettrai seulement de faire observer que les conclusions du *docteur Surmay* et le vœu de l'Association générale, sur lesquels s'appuie le docteur Wurtz, étant acceptés *en principe* et appliqués *d'une manière générale*, constitueraient vis-à-vis des sociétés une sorte de *grève* dont l'effet serait dévastateur dans le public et même dans les régions gouvernementales où l'on protège ostensiblement les dites Sociétés.

Au lieu de déchirer les contrats et résilier les engagements, pourquoi ne pas les renouveler en changeant les conditions et en les fixant d'une manière solide et durable ? Au lieu d'une rupture ouverte, pourquoi ne pas opposer aux *sociétés réunies* l'union et l'entente des médecins ? En résumé, ma proposition ne diffère de celle du docteur Surmay qu'en un seul point. C'est que l'une est une rupture complète du *corps médical* avec les sociétés, tandis que l'autre peut amener une entente après discussion préalable *entre l'offre et la demande*. Comme mon honorable confrère, je désire que la dignité et l'indépendance des médecins soient entièrement sauvegardées ; comme lui aussi je demande que la rémunération soit la même que dans la clientèle ordinaire. Mais aussi je réclame entre les sociétés et les médecins de chaque pays un *contrat librement discuté et signé par les parties intéressées*. Où est donc la difficulté ? Est-ce une utopie de réunir huit à dix médecins de la même ville ou de la même région (même en l'absence de tous les syndicats), et de les amener à s'entendre sur les conditions à présenter à une administration ou à une société ? La seule question préalable essentielle est celle-ci, *pas de monopole! pas d'acceptation tacite et isolée*.

A mon avis, devrais-je me répéter, je dirai toujours.

1° *Liberté absolue du choix du médecin par son malade dans la même ville ou dans la même région.*

2° *Rémunération à la visite (autant que possible) et au taux moyen en usage et convenu dans la localité.*

3° *N'accepter l'abonnement qu'autant qu'il est rémunérateur, qu'il ne comprend que le sociétaire et qu'il n'englobe pas, en masse, toute la famille.*

4° *Accorder (si l'on veut), comme bienfaiteur de la sociétée, une remise de dix à quinze pour cent sur les honoraires au moment des règlements de compte.*

5° *Réserver aux médecins le droit de contrôler chaque année, la liste des membres participants et de signaler au besoin ceux dont la position sociale est notoirement au dessus de la moyenne.*

6° *Toutes les clauses du contrat devront êtres approuvées et signées par tous les médecins de la région qui voudront bien donner leurs soins aux sociétaires et accepteront le tarif et les conditions.*

7° *Les médecins devront êtres détachés de toute question administrative et ne pourront être convoqués par le bureau des sociétés qu'une fois par an pour le règlement de leurs honoraires.*

Encore une fois, la seule objection sérieuse que l'on puisse faire à la réalisation de ce programme, c'est la difficulté de réunir un certain nombre de médecins et de les amener à s'entendre et à formuler *un tarif moyen* qu'ils s'engageraient, d'honneur, à observer dans les conditions dont nous parlons. *Ces engagements, après avoir été signés, seraient présentés aux bureaux des sociétés*. Si, d'emblée, on obtenait pas guain de cause vis-a-vis de celles qui sont établies depuis longtemps, on obtiendrait néanmoins de grandes améliorations immédiates et une réforme entière après quelques années. Quant aux *sociétés en voie de formation*, il est indispensable de ne leur faire aucune concession afin d'éviter des récriminations dans l'avenir. En soutenant cette règle de conduite, je crois plaider la cause de la grande majorité des médecins, des soldats de cette grande armée médicale qui combattent dans les rangs, en cherchant à se signaler par quelques actions d'éclat, pour monter en grade. Quant à ceux qui se placent en dehors de ce champ de bataille et dédaignent *ces maigres combats*, qu'ils nous encouragent dans une lutte ou ils ont les meilleurs profits, la meilleure part.

Agréez etc. Dr BÉRAUD.
(*de Charlieu, Loire*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de la Pleurésie par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine.

Le Dr Coriveaud, de Blaye, a publié dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine*, une note

sur ce sujet qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le nitrate de pilocarpine, injecté sous la peau à la dose de 1 centigramme à 25 milligrammes ne produit localement aucun accident, et n'est presque exclusivement que sialagogue. Il n'a aucune propriété abortive.

2° Employé dans la pleurésie, autant que possible à son début, ce médicament modifie assez profondément l'inflammation de la plèvre, pour enrayer la formation de l'épanchement et, en activant sa résorption, empêcher ou tout au moins diminuer la production des fausses membranes.

3° Il agit vraisemblablement par une action fluxionnaire dérivative qui paraît d'autant plus énergique qu'on se trouve plus près du début de la fluxion morbide.

4° Il agit indirectement par la soustraction de liquide qu'il fait éprouver à l'organisme, action alors analogue à celle des purgatifs et des diurétiques, mais qui, en vertu de relations encore inconnues, paraît être bien plus directe lorsqu'elle s'exerce sur les glandes salivaires.

5° La pilocarpine est incomparablement plus facile à manier et plus sûre dans ses effets que le jaborandi.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Syndicat du Loiret.

Le 18 juin dernier, l'Association locale du Loiret se réunissait dans les salons de l'Hôtel-de-Ville d'Orléans, gracieusement mis à sa disposition par la municipalité. A l'issue de la séance, une commission d'initiative composée des Drs Chipault, Halmagrand fils, Beaurieux (d'Orléans), Popis (de Chécy), Gassot (de Chevilly) a proposé la création d'un syndicat médical du Loiret.

Le Dr Chipault, Président de cette commission, a fait ressortir en quelques mots, la différence qui existe entre l'Association générale et les syndicats : « l'Association est une œuvre de moralisation et de bienfaisance; le syndicat est une œuvre militante, une institution de défense professionnelle; » puis il a montré le succès toujours croissant de cette association syndicale, et convié ses confrères présents à fonder le syndicat du Loiret « moyen qui seul peut nous permettre d'organiser la défense de nos intérets, et développer vraiment et efficacement parmi nous l'esprit de corps et de solidarité. »

Lecture a été donnée ensuite du rapport de la commission d'initiative que nous publions ici :

Projet de Création d'un syndicat professionnel des Médecins du Loiret.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs et chers Confrères,

Lorsque les médecins de l'arrondissement d'Orléans qui ont adhéré à l'Association Générale se sont réunis au mois de novembre dernier, l'un d'entre vous nous a priés d'étudier la question de la constitution d'un Syndicat professionnel dans le Loiret, et la réunion tout entière a paru approuver cette proposition.

Nous nous sommes donc regardés comme autorisés à prendre l'initiative de la création de ce Syndicat; mais, nous devons le dire tout d'abord, c'est à titre absolument privé que nous avons accepté ce mandat. Vous savez, en effet, que l'Association générale n'est, en droit, qu'une Société de secours mutuels étroitement renfermée dans certaines limites d'action qu'elle ne saurait franchir, et que ne manquent jamais d'invoquer, à l'occasion, ceux de nos confrères qui ont l'honneur de la diriger. Enfin, nous ne saurions le cacher, la création de Syndicats médicaux paraît être mal comprise de certains dignitaires de l'Association générale qui craignent pour l'institution avec laquelle ils s'identifient, nous ne savons quels périls, sans voir que, par leur impuissante opposition à un mouvement d'opinion irrésistible, ils risquent de compromettre ce qu'ils ont la prétention de défendre.

Nous ne pouvions donc, après avoir été chargés de représenter, dans cette Association, l'arrondissement d'Orléans, inaugurer notre première réunion par une excursion sur un domaine qui nous était interdit.

A titre privé, au contraire, nous avions pleine liberté. Vous oublierez donc, chers Confrères, que vous nous aviez accordé vos suffrages comme commissaires et, maintenant que la séance de l'Association est terminée, vous nous permettrez de vous soumettre le résultat du travail que nous avons élaboré d'un commun accord.

La première question qui s'est présentée à notre examen ne pouvait être que celle-ci : *Y a-t-il nécessité de créer un Syndicat?*

Nous avons résolu cette question par l'affirmative, pensant que nous ne pouvions rester indifférents en présence de l'immense mouvement professionnel qui, partout, s'offre à nos regards, pensant aussi que l'Association générale ne pouvait nous donner cet instrument de défense et de protection confraternelles dont tous nous sentons le besoin.

Nous n'incriminons pas l'Association générale dont nous sommes membres; mais, nous l'avons dit, cette Association ne peut se dépouiller de son caractère exclusif de Société de secours mutuels. Tout ce qu'elle a tenté en dehors de ce but spécial n'a pu aboutir, et nous sommes obligés de constater que telle elle est aujourd'hui, telle elle a toujours été, telle elle sera toujours. Nous n'avons à espérer d'elle ni transformation, ni mouvement en avant, et, si nous lui reconnaissons une autorité morale incontestable, nous savons non moins bien qu'elle ne pourra jamais faire autre chose que donner un morceau de pain au malheureux confrère qui sera tombé dans l'extrême misère.

La solidarité confraternelle nous fait un devoir d'être au nombre de ses membres ; mais peut-on, en conscience, nous reprocher d'avoir une autre ambition. Et si légitimement nous pouvons avoir d'autres visées, peut-on nous blâmer de les poursuivre dans une autre association qui, loin de la combattre et de lui porter préjudice, vient au contraire renforcer son autorité et sa puissance, en cherchant l'amélioration de notre situation professionnelle ?

Nous ne le pensons pas, et nous sommes fortifiés dans notre opinion par le succès qu'enregistre avec fierté le journal professionnel qui s'est fait l'apôtre de ces Syndicats : Le Concours médical. Nous vous proposons donc de suivre, nous aussi, l'exemple général et de constituer, dès maintenant, un Syndicat médical du Loiret.

Nous insistons sur la création immédiate de ce Syndicat, car nous avons tout lieu de croire qu'une loi spéciale sur les associations de ce genre sera votée pro-

chainement par les pouvoirs publics,et qu'il y aura pour nous bénéfice, dés le lendemain de la promulgation de cette loi, à nous trouver prêts à jouir de tous les avantage qu'elle nous conférera.

A cette constitution d'un Syndicat du Loiret nous trouvons double utilité, matérielle et morale. Insiter sur ce point vous paraîtrait lieu commun ; nous nous bornons donc à vous dire qu'il s'agit ici d'une bonne action et que nul ne peut avoir des motifs légitimes pour se récuser. C'est en faveur des humbles et des déshérités de la profession que nous luttons d'abord, c'est pour eux et pour les débutants que nous rêvons un avenir meilleur, nous aimons à le déclarer ; mais nous disons aussi à ceux que leur situation personnelle met à l'abri de ce qu'ils considèrent comme de petites misères, à ceux qui pensent n'avoir aucun intérêt privé dans la chose : Venez vous joindre à nous car il s'agit du relèvement de notre dignité profession, nelle; venez, car vous ne pouvez vous déclarer désintéressés de ce qui touche au cœur même de la grande famille médicale.

Nous ne doutons pas, Messieurs et chers Confrères, que vous ne répondiez à notre appel : l'union toujours a fait la force, et l'adage ne mentira pas plus, appliqué aux médecins, qu'il n'a menti pour les commerçants, les ouvriers, les notaires ou les avocats.

Passons donc immédiatement à l'exposition des motifs qui ont déterminé l'adoption des articles de Statuts que nous soumettons à votre approbation.

Nous adoptons le *Syndicat départemental*, car il existe entre tous les médecins qui exercent dans le Loiret une somme d'intérêts communs suffisant à justifier l'examen en commun des moyens grâce auxquels nous défendrons ces intérêts. (Assistance publique, surveillance des enfants du premiers âge, médecine légale, etc...). C'est cette même raison qui nous a fait placer le siége de la société au chef-lieu du département, centre de toute action administrative. Mais une telle compréhension pourrait présenter des inconvénients au point de vue d'intérêts plus restreints, et nous ne prétendons pas soutenir par exemple, qu'une mesure, excellente en Sologne, doive avoir une égale efficacité dans la Beauce ou le Gâtinais; que ce que convient sur les rives de la Loire convienne également sur les bords du Loing.

Nous avons donc pensé qu'au dessous de cette organisation générale du *Syndicat départemental*, il convenait de créer des *Cercles d'arrondissement* auxquels toute latitude serait laissée quant à leur organisation particulière et à leurs réglements spéciaux.

C'est sur ce double fonctionnement que nous avons établi l'organisation du Syndicat que nous vous proposons de fonder et rédigé les statuts que vous allez lire.

Nous pensons avoir donné satisfaction à tous les intérêts comme à toutes les aspirations ; nous espérons donc qu'après avoir accepté les principes de la création d'un SYNDICAT MÉDICAL DU LOIRET, vous voudrez bien adopter également le projet de Statuts que nous vous soumettons.

Orléans, le 18 juin 1882.

Les Membres de la Commission d'initiative :
Dr CHIPAULT, Président; Dr POPIS, Dr HALMAGRAND fils: Dr BEAURIEUX, Secrétaire; Dr GASSOT fils, Rapporteur.

Le principe de la création du syndicat adopté et les adhésions recueillies, on a procédé immédiatement à la discussion du projet de statuts.

Nous publierons ce projet en entier, mais voici en quelques lignes l'organisation génerale :

Le syndicat est départemental ; il est dirigé par un bureau de trois membres et un conseil syndical de huit membres. Les membres du bureau (président, vice-président et secrétaire-trésorier) sont nommés en Assemblée générale: les membres absents votent par correspondance. Les fonctions de Président et de vice-président ne durent qu'une année ; le vice-Président élu chaque année devient, de droit, Président pour l'année suivante, mais ne peut-être réélu comme membre du bureau qu'après l'intervalle d'une année ; les fonctions de Secrétaire trésorier durent deux années et le membre sortant est rééligible Les membres du syndicat sont répartis en quatre cercles. dits *Cercles d'arrondissement* ; chaque cercle a son autonomie propre, établit ses règlements particnliers et délibère sur les questions d'intérêt local (les générales étant réservées à l'Assemblée départementale plénière) chaque cercle nomme son bureau particulier et désigne, d'après son réglement propre, deux membres qui le représentent au Conseil syndical. Le renouvellement de ce conseil se fait par moitié chaque année, le sort désignant les membres qui devront sortir de fonctions à l'expiration de la première année (1).

Les statuts votés, il a été procédé à l'élection des membres du bureau :

Président : Dr Halmagrand, père.
Vice-Président : Dr Devade, député.
Secrétaire-Trésorier : Dr Gassot.

Enfin, quelques heures plus tard, les membres du cercle de l'Arrondissement d'Orléans se réunissaient, et, à leur tour, se constituaient en votant un règlement général et en nommant leurs syndics.

(CERCLE DE L'ARRONDISSEMENT D'ORLÉANS).

Président : Dr Chipault, d'Orléans.
Syndics :
Dr Halmagrand, fils, d'Orléans.
Dr Popis, de Chécy.
Dr Verdureau, de Patay.
Dr Beaurieux. d'Orléans *Secrétaire trésorier*.

Délégués au Conseil syndical. :
Dr Patay, d'Orléans.
Dr Viger, de Châteauneuf-sur-Loire

Adhérents :

MM. Baurieux, d'Orléans.
Chaignot, d'Orléans.
Chauffeton, d'Olivet.
Chipault, père, de Châteauneuf-sur-Loire.
Chipault, fils, d'Orléans, vice-Président de l'Association locale du Loiret.
Dubain, de Beaugency.
Fougeu, de Beaugency.
Gassot, de Chevilly.
Gircourt, de Neuville aux Bois.
HalmaGrand, pére, d'Orléans.
HalmaGrand, fils, d'Orléans.
Lahont, d'Artenay,
Martin, de Jargeau.
Mathé, de la Ferté-Saint-Aubin.

(1) Ceux de nos confrères qui désireraient avoir ce projet de statuts sont priés de s'adresser à M. le Dr Gassot de Chevilly, secrétaire-trésorier du syndicat.

Patay, d'Orléans.
Pélissier, de Neuville-aux-Bois.
Popis, de Chécy.
Rocher, d'Orléans.
Venot, de Beaugency.
Verdureau, d'Orléans.
Verdureau, de Patay.
Viger, de Châteauneuf-sur-Loire.
Vincent, fils, d'Ingré.

(Cercle de l'arrondissement de Gien).
Bureau : *N*.
Adhérents.

MM. Chaboureau, de Chatillon-sur-Loire.
Defaucamberge, de Gien.
Devade, de Gien, vice-président de l'Association locale du Loiret.

(Cercle de l'arrondissement de Pithiviers).
Bureau : *N*.
Adhérents.

MM. Berthelot, de Beaune-la-Rolande.
Cazot, d'Aschéres.
Fournier, de Boiscommun.
Jarry, de Boiscommun.
Lenia de la Jarrige, de Beaune-la-Rolande.
Mondain, de Beaune-la-Rolande.
Morand, de Pithiviers.
Penot, de Malesherbes.

(Cercle de l'arrondissement de Montargis).
Bureau : *N*.
Adhérents.

MM. Boyer, de Lorris, président de l'Association locale du Loiret.
Tartarin, père, de Bellegarde, trésorier de l'Association locale du Loiret.
Veillard, de Lorris.

Les adhésions doivent être adressées au Président du Syndicat : Dr Halmagrand, père, rue du Pot-de-fer, Orléans.

Le bureau du Syndicat a délégué à la Commission générale des Syndicats, instituée par le *Concours médical*, son Président, le Dr Halmagrand, père.

NOUVELLES

Nous recevons le premier numéro de La Loire médicale, organe officiel de la *Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire*, publié sous la direction de MM. les Docteurs Alvin, Chavanis, Fleury.

Nous souhaitons la bienvenue à la nouvelle feuille qui ne peut manquer de trouver un heureux succès.

HOPITAUX DE PARIS

— Le concours aux trois places de chirurgiens du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Duret, Henriet et Reynier.

NECROLOGIE.

Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos plus distingués confrères, le docteur Eugène Crevaux, médecin de première classe de la marine. C'est pendant le cours d'une quatrième mission scientifique que le savant et courageux explorateur vient d'être tué à la tête de ses compagnons par les indiens Tobas, au moment où l'expédition qu'il dirigeait remontait le Pilcomayo (République Argentine.) Sa troupe tout entière a été massacrée.

BIBLIOGRAPHIE

Cours de pathologique expérimentale. — Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses par A. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Instut et de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. à la librairie de O. Doin, 8 place de l'Odéon. 2e fascicule : 1 vol. in-8, carré de 250 pages .... 5 fr.
Le volume complet forme un vol. compacte de 700 pages .... 13 fr.

Etude sur les granulations de Pacchioni. — Suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne, par le docteur Charles Labbé, ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la faculté de médecine de Paris; à la Librairie O. Doin 8 place de l'Odéon, grand in-8, avec 6 planches.... 3 fr. 50

Bibliothèque biologique internationale, publiée sous la direction de J-L. de Lanessan. — *La Mère et l'Enfant dans les races humaines.* — par le docteur A. Corre, Médecin de 1er classe de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Brest; à la librairie O. Doin, 8 place de l'Odéon. Un vol. in-18 de 300 pages, avec figures dans le textes. Prix...... 3 fr. 50

Des épidémies qui régnèrent à Rochefort en 1694. — Discours prononcé à la rentrée des cours de l'Ecole de Médecine navale de Rochefort, le 3 novembre 1881 par le Dr Henri Bourru professeur d'hygiène et de pathologie exotique, in-8, de 30 pages à la librairie O Doin. 8 place de l'Oéon................ 1 fr.

Etude sur la lithrotitie à séances prolongées par le Dr Ernest Desnos, ancien interne des hopitaux de Paris, in-8, de 270 pages avec 9 planches dans le texte, à la librairie O. Doin 8 place de l'Odéon..........................

Les appareils électro-médicaux à l'Exposition d'électricité par le Docteur. E. Neumann. in-8, de 32 pages à la librairie O. Doin, 8 place de l'Odéon.................. 1 fr. 50

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.
Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

8 Juillet 1882 — 4me Année. — N° 27

SOMMAIRE

BULLETIN

Dans un de nos derniers Bulletins (1), nous avons résumé la très curieuse observation que son auteur, M. le Dr *Denis-Dumont* (de Caen) a intitulée: *un cas de guérison de la rage.* Ce mémoire, rédigé avec beaucoup de soin et de talent, contient d'utiles enseignements; mais comme le malade a guéri, on peut, en somme, se demander s'il était réellement atteint de la rage; le seul moyen de rendre le diagnostic absolument indiscutable aurait été de pratiquer sur un chien l'inoculation avec la salive du sujet; malheureusement l'expérience n'a pas été tentée. Il s'agissait donc de mettre en relief et de comparer les circonstances qui pourraient être invoquées à l'appui du diagnostic proposé et celles qui, au contraire, devraient le rendre suspect. Voici, en quleques mots, celles que, dans son rapport à l'Académie, M. *Bouley* range parmi les premières: morsure par un chien errant ; mort de la femme mordue le même jour par le même chien et qui succombe à des accidents rabiques non douteux; symptômes présentés par Grillée: inquiétude, agitation, soif ardente, sentiment de constriction à la gorge, difficulté de la déglutition, envies de mordre; sensation de prurit dans la cicatrice de la plaie faite par la morsure du chien, prurit qui se généralise à tout le corps, ensemble de symptômes qui ont avec la rage de grands caractères de similitude.

Un détail très important vient cependant jeter quelques doutes sur la nature de l'affection : c'es l'apparition des premiers symptômes, chez Grillée, immédiatement après la nouvelle qui lui est transmise que la femme mordue en même temps que lui et par le même chien était atteinte de la rage. C'est à ce moment précis qu'il devient inquiet, qu'il s'agite, qu'il va et vient, et surtout qu'il s'essaye à boire dans maints endroits où il s'arrête. En sa qualité de berger, Grillée doit avoir sur les symptômes de la rage des notions plus complètes qu'on n'en a dans d'autres métiers. Il sait qu'un des signes de la rage est la difficulté de boire, et alors il multiplie les occasions de s'interroger lui-même sur ce point, et l'anxiété qu'il éprouve devient justement la condition pour que le spasme redouté se produise. Les exemples de ce phénomène sont nombreux ; M. Bouley en rapporte trois qui sont de nature à frapper vivement l'attention, l'un relaté par M. le Dr Bellanger (1); le second par M. Brouardel (2) et le troisième par Trousseau (3). Ce sont trois cas de rage imaginaire où tous les symptômes sont d'ordre purement psychique et procèdent de la terreur conçue, en sont l'expression qui souvent ne laisse pas que d'être redoutable, et s'évanouissent lorsque les malades acquièrent la conviction que le péril auquel ils se croyaient exposés était imaginaire.

Chez le malade de M. Denis-Dumont, il y a

(1) V. *Conc. méd.* N° 25.

(1) Une expérienec sur la rage.
(2) Art. Rage du Dict. encyclopédique.
(3) Clinique de l'Hôtel-Dieu.

quelque chose de plus important que ces symptômes cérébraux : c'est la cicatrice de la morsure qui devient le siège d'une sensation prurigineuse très intense, rapidement irradiée surtout le corps ; c'est la rupture de cette cicatrice et l'avivement de la plaie à l'endroit de la morsure ; c'est enfin l'hyperesthésie générale, tous symptômes d'un autre ordre qu'on ne peut faire dériver d'une impression de terreur. Or, ces symptômes se remarquent dans la rage réelle.

Le malade de l'Hôtel-Dieu de Caen se différencie donc par des particularités très importantes des malades chez lesquels les symptômes simulent la rage. Il est sage, dit le rapporteur, de ranger ce cas dans une place à part, avec un point de doute, indiquant qu'à l'endroit de sa nature le jugement doit être réservé.

Cette discussion soulève de nouveau une question bien des fois traitée : faut-il espérer que la guérison de la rage puisse jamais entrer dans le domaine de la réalité? M. Bouley espère beaucoup dans les travaux et les procédés de M. Pasteur, qui, sur ce point, ont deja révélé deux éléments nouveaux d'une grande importance : l'état de virulence du système nerveux central et la grande rapidité avec laquelle la rage peut être transmise au chien, lorsqu'on l'inocule directement par le cerveau. Si, malgré la direction ainsi imprimée aux recherches, le remède tarde à se laisser découvrir, M. Bouley croit que la grande méthode de l'atténuation des virus pourrait peut-être conduire à des applications prophylactiques, au moins pour les représentants de l'espèce canine.

Reprenant la question au point de vue thérapeutique, M. *Dujardin-Beaumetz* communique le résultat des expériences auxquelles il s'est livré sur les diverses subtances dont l'emploi a été recommandé contre la rage. Sur six cas, la pilocarpine a été employée six fois avec insuccès complet ; même résultat avec le sulfate de pelletiérine, dont les effets sont analogues à ceux du curare, lequel aurait produit quelques guérisons qui ont été publiées ; la cédrine et la valdivine ont paru échouer comme prophylactiques ; employée dans la rage confirmée, la valdivine a supprimé les accès et produit une action sédative des plus remarquables, mais elle n'a pas empêché les animaux de mourir ; chez l'homme elle n'a pas, jusqu'ici, donné de résultats. Le hoang-nan, plante originaire du Thibet et qui appartient à la famille des Loganiacées (*Strychnos Gautheriana*) n'a pas réussi davantage, mais il a été administré en pilules et en non injections hypodermiques ; de même la fausse angusture n'a eu aucun succès. Enfin la médication usitée en Russie, et qui consiste à administrer l'ail (sulfure d'allyle) concurremment avec les bains de vapeur, n'a été employée en France que comme prophylactique chez des personnes mordues, mais ne présentant encore aucun symptôme de la maladie : les personnes ainsi traitées n'ont pas été malades ; mais les expériences ne sont pas en nombre suffisant pour permettre de formuler un jugement définitif.

M. Dujardin-Beaumetz croit que, si l'on veut combattre efficacement la rage, c'est dans les périodes prodromiques qu'il faut agir. C'est aussi l'avis dont nous faisait part, il y a quelques jours, un de nos honorable confrères, M. le D[r] Suillet, qui a bien voulu nous écrire à ce sujet et qui pense que c'est à ce moment surtout que la pilocarpine pourrait avoir une heureuse influence.

Cette question si intéressante du traitement de la rage nous a quelque peu entraîné, et il ne nous reste pas beaucoup de place pour parler du concert de Bicêtre. Nous n'entrerons donc pas dans de grands détails, nous contentant de dire que la fête a été charmante pour les aliénés comme pour les invités ; malheureusement M. le directeur de l'Assistance publique, retenu par un accident qui, nous l'espérons, n'aura aucune suite fâcheuse, n'a pu y assister ; seul, M. le Préfet de la Seine y a présidé avec intérêt et non sans quelque plaisir, croyons-nous. Le concert a eu tout le brillant succès des précédents : aussi n'essaierons-nous pas d'en faire le compte-rendu ; qu'il nous suffise de rappeler que les frères Lionnet avaient réuni autour d'eux les artistes que nos lecteurs connaissent déjà : MM. P. Legrand, Lamothe, Carré et Rivière ; Mesdames Morlet, Godard et Rosamond ; Mesdames Rose Delaunay et Jeanne de Morton étaient de nouvelles venues, mais elles n'en ont pas moins tenu très honorablement leur place dans cette troupe d'élite. Quant à MM. Delaunay et Ritter, nous aurions beaucoup de bien à dire d'eux, mais nous ne saurions rien trouver qui n'ait été déjà dit et redit.

Et maintenant pour terminer, un peu de statistique ; c'est la meilleure manière de prouver toute l'importance qu'il faut attacher à l'œuvre des frères Lionnet et des aimables artistes qui leur prêtent un si gracieux concours : l'année 1881 a vu entrer dans les quatre asiles publics et dans les douze asiles privés du seul département de la Seine le chiffre incroyable de *trois mille-sept cent trente-huit aliénés* ! D[r] J. GEOFFROY.

Election. — M. le D[r] *Bourguet* (d'Aix), a été élu membre correspondant national de l'Académie de médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Recherches expérimentales sur le principe acide du suc gastrique.

Par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Mémoire présenté à l'Académie des Sciences dans sa séance du 27 février 1882.

(Fin)

Après les acides, nous avons cherché quelles sont les bases qui existent dans le suc gastrique, indépendamment du sodium qui, à n'en pas douter, s'y trouve à l'état de chlorure et de phosphate neutre, indépendamment aussi du fer et de la magnésie, tous les deux en proportion très minime.

Recherche de la potasse. — Nous avons calciné trois décigrammes de suc gastrique dialysé du porc avec quelques gouttes d'acide nitrique. La fin de l'opération fut marquée par une légère déflagration. Nous avons traité par l'eau bouillante le résidu charbonneux, puis nous avons filtré le liquide. Ce dernier, additionné d'une goutte d'acide chlorhydrique et d'alcool, a été concentré aux 2/3. Nous avons filtré de nouveau pour séparer un léger précipité qui s'était formé pendant la concentration. Le chloride de platine a déterminé un notable précipité de chlorure double de platine et de potassium dans le liquide clair ainsi obtenu.

Le suc gastrique dialysé de la carpe a fourni un résultat identique.

Recherche de la chaux. — Le suc gastrique dialysé du poulet et celui du porc ont donné lieu à un léger précipité blanc d'oxalate de chaux par le traitement à l'aide de l'oxalate neutre d'ammoniaque.

Recherche de l'ammoniaque. — Soumis à l'action d'un alcali caustique, ils ont laissé dégager des traces d'ammoniaque décelées par le papier de tournesol rougi et humide. Mais n'est-on pas en droit de penser que la faible quantité d'ammoniaque accusée dans cette circonstance, provenait d'un commencement de décomposition de l'acide hippurique contenu normalement dans le suc gastrique?

Des expériences qui précèdent, il résulte, ce nous semble, que le suc gastrique contient un hippurate très acide de potasse uni à une certaine quantité de phosphate bibasique de chaux et de soude. Au reste, on peut consulter le *Dictionnaire de chimie* de M. Wurtz, article *Suc gastrique*, où se trouve transcrite l'analyse *quantitative* de Schmidt, analyse à refondre, du moins, en ce qui concerne les acides, en tenant compte de la présence de l'acide hippurique que nous signalons.

Dans plusieurs préparations de suc gastrique dialysé, il nous a été donné d'observer, sous le microscope, des parties d'un bleu magnifique, ce qui nous porte à croire qu'il existe parfois de l'indican en faible proportion, comme cela a lieu très souvent dans l'urine normale (Schunck).

A l'exception des Rayonnés, dont nous n'avons pas eu de représentants à notre disposition, nous avons poursuivi nos recherches sur toute la série animale. C'est ainsi que nous avons successivement examiné le suc gastrique dialysé de la carpe spéculaire (*cyprinus carpio*) et de la grenouille rousse (*rana temporaria*), représentant les deux dernières classes des vertébrés; puis de la limace des jardins (*limax ruber*) et du lombric, vulgairement appelé ver de terre (*lumbricus communis*), représentant l'embranchement des mollusques et celui des articulés. Nous avons invariablement obtenu les mêmes résultats. Nous devons seulement signaler une circonstance particulière au suc gastrique des deux embranchements inférieurs: c'est qu'il a manifesté une réaction très faiblement acide au papier réactif, et pourtant traité par l'acide sulfurique, il n'a pas laissé d'offrir une abondante cristallisation d'acide hippurique : preuve que ce dernier y est, en majeure partie, neutralisé par la base à laquelle il est combiné.

Le suc gastrique dialysé de la carpe traité par l'acide sulfurique, fournit une multitude de fort beaux cristaux d'acide hippurique. En ajoutant une goutte d'urine humaine fermentée, on constata du jour au lendemain le développement de nombreuses bulles gazeuses comme cela a toujours lieu avec l'acide nitrique, et en même temps la disparition des cristaux.

Il nous restait à étudier le suc gastrique de l'homme : grave entreprise, car nous ne pouvions assurément pas compter sur la chance rare dévolue à M. Beaumont, qui put, chez son chasseur canadien, recueillir à diverses reprises et en grande quantité le suc gastrique excrété à travers une fistule stomacale. Force fut de nous contenter à l'autopsie d'un homme mort subitement en pleine digestion, de racler la muqueuse de l'estomac et de soumettre à la dialyse le produit ainsi obtenu. Par l'évaporation du liquide à une douce chaleur, nous avons eu une manière d'extrait, visqueux en majeure partie, cristallin sur les bords seulement.

La masse visqueuse traitée par l'acide sulfurique offre déjà un développement très suspect de sphères gazeuses; aussi est-il impossible d'y découvrir aucune cristallisation. Mais, heureusement, il n'en est pas de même de la couronne cristallin. Une parcelle soumise à l'action de l'acide sulfurique, et abandonnée à l'évaporation spontanée sur la plaque de verre pendant 24 heures, laisse voir une cristallisation très convenable d'acide hippurique.

Par conséquent, s'il est vrai que la matière que nous avons examinée avait subi un commencement de décomposition cadavérique, celle-ci n'était pas assez avancée pour que la présence de l'acide hippurique ne pût être constatée avec toute la netteté désirable et une certitude absolue.

On voit donc que, du haut en bas de l'échelle animale, c'est le même acide organique qui confère au suc gastrique ses propriétés acides : bel exemple de l'unité admirable qui se révèle partout dans les œuvres du créateur! Comme le ver de terre lui-même, qu'il écrase dédaigneusement, l'homme a besoin d'une humeur acide pour opérer la digestion de ses aliments, et chose remarquable chez l'un comme chez l'autre, c'est au même acide hippurique que ce rôle indispensable est dévolu, en sorte qu'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer

ou de la simplicité du moyen ou de la variété des effets.

Ainsi se trouve enfin résolue une question qui, à bon droit, a beaucoup occupé le monde savant. On peut, sans peine, prévoir toute l'importance d'une semblable découverte, qui ouvre des horizons nouveaux à la médecine et à la pharmacie. Par exemple, nous sommes autorisé à proposer dès aujourd'hui, de remplacer le lacto et le chlorhydro-phosphate de chaux par l'hippuro-phosphate de la même base, la pepsine acidifiée par l'acide chlorhydrique ou l'acide lactique par la même substance additionnée d'acide hippurique, et d'introduire dans la matière médicale les hippurates de chaux, de potasse, de fer, de zinc, etc. Une médication si rationnelle nous paraît appelée à rendre d'immenses services dans une foule de maladies, et à devenir une véritable conquête thérapeutique. Sûr de l'innocuité absolue d'une substance qui existe normalement dans les sécrétions de l'estomac, nous l'avons employée chez plusieurs malades, non sans succès. Quels qu'ils soient, nous publierons les résultats obtenus, aussitôt que nous aurons réuni un nombre assez imposant de faits pour faire partager nos convictions. Si le succès couronne nos efforts, on verra une fois de plus une découverte, purement théorique en apparence, conduire à d'importantes applications pratiques.

3° *Conclusions.*

Trois hypothèses sont en présence, touchant le principe acide du suc gastrique.

1°. La première en date, et la plus répandue encore actuellement, admet que ce principe est constitué par l'acide chlorhydrique libre. Nous ne pouvons nous y rallier, attendu qu'elle ne nous paraît fondée que sur une erreur d'analyse, soit qu'il s'agisse de la décomposition des chlorures du suc gastrique par l'action du feu; soit qu'elle résulte d'une application méconnue de la loi de double décomposition, soit enfin que l'hippurate d'argent soit pris pour un chlorure du même métal.

2°. D'après la seconde hypothèse, l'acidité du suc gastrique serait due à l'acide lactique. Bon nombre de savants l'ont adoptée plutôt comme conséquence de l'exclusion de la précédente, qu'en s'appuyant sur les caractères positifs de la présence de cette substance organique. Après M. Rabuteau, avec cette différence que nous nous sommes servi de suc gastrique dialysé, nous avons fait voir que la saturation par l'eau de chaux, avec la précaution d'éliminer l'excès de chaux à l'aide d'un courant d'acide carbonique, ne fournit pas un résultat conforme à l'hypothèse dont nous parlons.

3° La troisième hypothèse est celle de Blondlot, qui attribue l'acidité du suc gastrique à la présence d'un phosphate acide. Nous avons, à cet égard, institué une expérience décisive, dont le résultat a été entièrement négatif. Après avoir calciné le suc gastrique dialysé, nous avons soumis le résidu de la calcination à l'action de l'eau, dans un tube fermé, à la température de 280°, mais nous n'avons pas vu reparaître l'acidité du produit, comme cela aurait eu infailliblement lieu, s'il s'était agi d'abord d'un phosphate monobasique.

A l'hypothèse nous substituons un fait. Profitant du procédé si précieux d'analyse organique dont Graham a doté la science, nous avons commencé par dialyser le suc gastrique. Le liquide, évaporé jusqu'à un degré de concentration suffisant, a fourni une sorte d'extrait plus ou moins visqueux, renfermant les principes cristallisables du suc gastrique, pour la plupart à l'état amorphe.

C'est dans cette matière que nous avons découvert l'acide hippurique, en la soumettant à l'action des réactifs, de l'acide sulfurique notamment, et à l'examen microscopique. Une preuve sans réplique a été apportée par l'analyse chimique. En effet, nous avons retiré une notable quantité de benzine par la distillation sèche de divers sucs gastriques dialysés, additionnés d'un excès de potasse caustique ou de chaux vive.

La quantité d'acide hippurique libre mesurée acidimétriquement, nous a paru équivaloir à 4 gr. 12 par 1000 gram. de suc gastrique.

L'analyse *quantitative* des bases et de l'acide phosphorique du suc gastrique ayant été faite par Schmidt, nous nous sommes contenté d'examiner le suc gastrique de plusieurs animaux, en ce qui concerne la nature des principales bases et l'état mono ou bibasique des sels phosphatés.

De nos recherches, nous sommes autorisé à conclure que l'acide hippurique du suc gastrique est à l'état d'hippurate très acide de potasse, combiné avec les phosphates neutres de chaux et de soude.

A l'exception des Rayonnés, nous avons constaté que, dans toute la série animale, le suc gastrique est acidifié par le même acide hippurique. La digestion de l'homme est, à cet égard, soumise à la même loi que celle des autres animaux.

On ne saurait nier l'importance de la question qui fait l'objet de ce travail, au double point de vue biologique et surtout médical. Nous apportons enfin une solution positive étayée, non sur des raisonnements, mais sur des faits. Chacun peut aisément répéter nos expériences, contrôler nos assertions. Nous osons espérer qu'on ne s'arrêtera pas à notre défaut de notoriété, et que notre opinion, qui emprunte toute sa valeur à la méthode expérimentale, ne tardera pas à conquérir les suffrages des savants.

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

De la syncope cardiaque d'origine réflexe.

Par le Dr Ch. Liégeois, (de Bainville-aux Saules, Vosges), Lauréat des Facultés de médecine de Nancy, et de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

(Suite.)

(B) Syncope cardiaque due aux impressions périphériques douloureuses.

Les violences sur l'abdomen, et notamment sur

la région épigastrique, peuvent occasionner la syncope : « *Sic olim vidimus*, dit Lancisi, *inflicto vehementer pugno sub cartilagine mucronatâ vitæ ex tempore solutum* ». Chacun a assisté à la description de Lancisi.

Les *violences testiculaires* sont susceptibles du même résultat : je me rappellerai toute ma vie la syncope grave qu'éprouva un de nos camarades de collège qui, au milieu des jeux, reçut une pelote dure, vivement lancée, contre les testicules.

Il en est de même des *irritations douloureuses cutanées* de certaines opérations chirurgicales, comme celles déterminées par un caustique déposé sur la peau pour atteindre un kyste du foie (Desnos et Martineau), par un trocart pour ponctionner un abcès (Servier).

Faut-il mentionner encore la possibilité de la syncope qui a suivi, paraît-il, dans quelques cas, la cautérisation ammoniacale pharyngée chez les asthmatiques?

Oh! je l'accorde volontiers; dans ces circonstances, l'excitation périphérique eût pu produire, non pas l'arrêt du cœur, mais bien l'arrêt de la respiration, sans influence préalable exercée sur le cœur, sans arrêt cardiaque; oui, cette preuve de l'inhibition du centre respiratoire a été récemment fournie à l'Académie de médecine par M. Vulpian, plus récemment encore par M. Arnaud, dont l'expérience, à la fois simple et concluante, prouve que le cœur n'est pas primitivement atteint à la suite de l'impression extérieure.

Mais, je reste convaincu que, dans ces diverses alternatives, les malades ont pu mourir de syncope cardiaque. Dans mon mémoire pour le prix Civrieux qu'a daigné couronner l'Académie de médecine en 1881, je produisais l'histoire succincte de quatre malades dont j'avais observé le ralentissement du cœur au fort des paroyxsmes douloureux de la sciatique. Je recherchai alors si jamais chose semblable avait été constatée expérimentalement, et ne fus pas peu surpris de voir M. G. Sée (1) m'apprendre que Schiff et Loven, lorsqu'ils excitaient le sciatique, avaient été tout étonnés de provoquer le ralentissement du cœur. N'est-il pas logique d'admettre qu'uue plus violente excitation de ce sciatique eût franchement arrêté le cœur. Qu'est-ce à dire? C'est que toute excitation douloureuse des nerfs périphériques arrête tantôt la respiration (Vulpian, Arnaud), tantôt le cœur (Schiff, Loven, nous-même), et nous pensons qu'en pareille occurrence, la syncope cardiaque, quand c'est elle qui se manifeste, est toujours précédée du syndrome syncopal de M. Arnaud, parce qu'elle a pour cause le spasme vasculaire de l'encéphale et des autres parties du corps qui augmente les pressions intrà-crânienne et intrà-cérébrale.

C) Syncope cardiaque dans les maladies du larynx.

La mort subite, par syncope, a été signalée dans le cancer du larynx ; mais, d'après M. Krishaber (1), elle n'est pas aussi fréquente que d'après M. Fauvel, ce dernier la signale sept fois sur trente-sept observations, le premier une seule fois seulement sur trente-trois.

Dans le *spasme de la glotte*, la cause la plus fréquente de la mort est certainement l'asphyxie dont Duclos a indiqué trois mécanismes possibles ; mais Barthez et Rilliet (2) n'hésitent pas à dire que, d'autres fois, et c'est aussi l'avis de Trousseau (3), la très grande rapidité de la mort, la petitesse extrême du pouls, la pâleur de la face, l'absence de toute suffocation, le peu de sang contenu dans l'organe central de la circulation, indiquent plutôt une syncope cardiaque.

La *coqueluche*, aussi, peut tuer par arrêt du cœur.

M. Fauvel, qui avait signalé la mort subite dans le cancer du larynx, l'attribuait à l'accumulation des mucosités de la trachée et des alvéoles pulmonaires. « Que les cordes vocales, dit M. Krishaber (4), soient rapprochées par la tumeur et convulsivement, il y a hématose insuffisante, rétrécissement de l'orifice glottique, et si les mouvements du cœur, pour une cause ou pour une autre, s'accélèrent brusquement, il naît à un moment donné un besoin d'air impossible à satisfaire, l'équilibre entre l'hématose et la circulation est brusquement rompu, d'où syncope.

Ces deux spécialistes éminents ne me semblent pas avoir complètement élucidé le mécanisme de cette mort subite. Voici, en effet, ce qu'ont révélé les expériences de François-Franck :

Chez un animal, qui ne réagit pas par des mouvements généraux, ou qu'on a, au préalable, engourdi par la morphine ou à demi anesthésié, l'excitation électrique du bout central du nerf laryngé supérieur, parfaitement isolé, poduit un ralentissement considérable, quelquefois un arrêt des battements du cœur. Ainsi : sur un chien normal, tranquille, un peu sensible, à jeun ou en digestion, M. François-Franck comprime, sans tiraillement, avec un compresseur spécial en forme de lithotriteur, les deux artères carotides ; il s'ensuit une grande accélération des battements du cœur (dans les rapport de 3/1) et une élévation de pression artérielle (plusieurs centimètres de mercure). L'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur d'un côté est faite ensuite, on observe un certain degré de ralentissement des battements du cœur, par exemple, une diminution d'un tiers, avec une chute plus ou moins profonde de la pression artérielle.

Plus tard, M. François-Franck (5) a prouvé que l'excitation du bout central du laryngé supé-

(1) G. Sée. loc. cit., p. 151.

(1) Krishaber, *Contr. à l'étude du cancer du larynx. Gaz. hebd.*, 22 août, 1879, n° 39, p. 538.

(2) Barthez et Rilliet, *Traité des mal. des enfants*, 2e éd, t. II. p. 536.

(3) Trousseau, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, 2e éd., t. II, p. 131.

(4) Krishaber, *suprà cit.*, p. 538.

(5) François-Franck, Soc. biol.; 25 oct. 1879.

rieur détermine, comme l'a indiqué Paul Bert, l'arrêt de la respiration dans la phase même où elle la surprend, mais aussi l'arrêt momentané du cœur. En raison de ce dernier fait, la pression artérielle s'abaisse. Mais si, par une injection préalable d'atropine, on a soustrait le cœur à l'influence réflexe du pneumogastrique, la pression artérielle, au lieu de baisser, s'élève. Par conséquent, le nerf laryngé supérieur joue le rôle de nerf modérateur par rapport au cœur et de nerf vaso-constricteur par rapport aux vaisseaux; ces effets se produisent par voie réflexe.

Le cancer, en titillant constamment le nerf laryngé supérieur, peut avoir sur le cœur, par l'intermédiaire du nerf vague, le même résultat; je comprends aussi parfaitement la possibilité de la mort subite par syncope respiratoire dans le cancer du larynx qui, en excitant constamment le nœud vital, finit par le fatiguer, par l'épuiser, par l'inhiber; je comprends également qu'on puisse mourir subitement par d'autres mécanismes encore: mais ce n'est pas une raison de douter un seul instant de la possibilité de la mort par syncope cardiaque, et j'ajoute, sans syndrome syncopal, dans le carcinome laryngé. (*A Suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

ENCORE LE DIABÈTE. — LES PNEUMONIES ÉPIDÉMIQUES.

I

Lorsque je me suis efforcé, dans le précédent article, de résumer, à l'intention de mes lecteurs, la thérapeutique du diabète, je n'avais pas encore eu connaissance du beau livre que M. le professeur Bouchard vient d'écrire sur les Maladies par ralentissement de la nutrition (1). Cette œuvre véritablement magistrale contient des pages instructives sur la pathogénie du diabète et sur les indications thérapeutiques que l'auteur en fait découler. Désireux d'être aussi complet que possible, je dois en dire quelques mots ici.

Voici en quels termes M. Bouchard résume sa conception pathogénique du diabète. — « La condition préalable est un trouble nutritif d'origine nerveuse ou de toute autre origine, quelquefois acquis, le plus souvent congénital. Ce trouble consiste essentiellement en un ralentissement de la nutrition; il peut rendre plus lente ou plus incomplète la transformation intra-organique des acides, de la cholestérine, des graisses, de la matière azotée et même du sucre et provoquer l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle, et enfin, quand l'élaboration du sucre sera viciée, le diabète. Il y a alors accumulation dans le sang du sucre non utilisé, fixation d'eau dans le sang, polyurie et glycosurie, déshydratation des tissus, soif, défaut de consommation d'oxygène, abaissement de température; puis apparaissent les troubles nutritifs secondaires, albuminurie, azoturie avec ou sans polyphagie, phophasturie, consomption. Enfin peuvent apparaître des désordres plus profonds; les cellules anatomiques, modifiées dans leur consitution chimique, subissent plus facilement l'action des causes de destruction, leur puissance formatrice est viciée, les éléments de prolifération deviennent incapables de parcourir les phases successives de leur destinée normale, et l'on voit survenir les inflammations, les suppurations, les ulcérations, les caséifications et les gangrènes. »

Les indications thérapeutiques qui dérivent de cette conception pathogénique sont:

1° *Activer les mutations nutritives*, puisque la cause primordiale de l'hyperglycémie est le ralentissement de la nutrition et le défaut d'utilisation du sucre par les tissus.

Ce ralentissement de la nutrition étant congénital, les enfants, nés de parents atteints des maladies qu'engendre l'habitude nutritive déviée (goutte, gravelle et autres affections de même famille), réclament impérieusement la vie au grand air, des soins minutieux de la peau, bains fréquents, frictions, lotions froides, un climat sec, une alimentation modérée et bien choisie. — Il faut bannir l'éducation collégiale ordinaire, qui, par la sédentarité, l'absence de soleil et de lumière, ce surmenage du cerveau, est responsable pour une large part des maladies arthritiques qui frappent presque exclusivement les classes aisées de la société.

Si, par négligence d'une telle prophylaxie, la maladie est constituée, on prescrira d'abord une hygiène stimulatrice de la nutrition. On recommandera au diabétique les distractions, les voyages, les stimulants physiques du système nerveux (frictions sèches, bains salés, alcalins, sulfureux, bains d'air sec et chaud, bains résineux, massages, hydrothérapie); il vivra pendant une partie de l'année daus un air froid et vif, sur les montagnes, au bord de la mer (plages du Nord pendant l'été, plages méridionales pendant l'hiver). — Hélas! ces prescriptions supposent un certain nombre de milliers de livres de rente, et ne sont donc guère applicables à la majorité des malades! — On stimulera la nutrition en activant les fonctions du foie par l'usage répété des sels neutres, en prescrivant l'iode et les iodures.

2° Si l'on n'a pas réussi à obtenir l'utilisation du sucre, il faut faciliter son élimination; donc *activer la polyurie et modérer les autres sécrétions* (sueurs, flux diarrhéiques).

C'est là le côté le plus original de la diététique de M. Bouchard; nous appelons sur ce point l'attention d'un de nos confrères, qui, atteint de diabète, nous a fait l'honneur de nous confier le récit émouvant de ses souffrances, au premier rang desquelles il place la soif ardente dont il est dévoré et à laquelle il résiste de tout son pouvoir.

« *On ne doit jamais*, dit M. Bouchard, *refuser les liquides aux diabétiques*; il faut que la

(1) Paris, 1882.

soif obtienne chez eux satisfaetion et qu'ils puissent boire chaque fois qu'ils en éprouvent le besoin.

C'est l'eau qui doit être la boisson par excellence, l'eau fraîche surtout. Si l'eau ordinaire est mal acceptée par le malade, on peut donner l'infusion de genièvre, ou mieux encore prescrire eertaines eaux minérales à action diurétique éprouvée. On active encore la polyurie par les grands lavements d'eau froide, qui n'ont pas seulement pour effet d'introduire de l'eau dans l'organisme, mais qui agissent surtout en contractant les vaisseaux abdominaux, en exprimant le sang des viscères qui sont dans le domaine de la veine porte et en faisant refluer ce sang dans la cireulation générale, où la tension augmente et met en jeu l'activité rénale ».

Nous indiquerons encore à notre confrère, diabétique que, d'après le D[r] W. Squire, l'eau additionnée de quelques gouttes d'aeide phénique employée en gargarisme, fait cesser la séeheresse de la bouche et de la gorge (1).

Je continue l'exposé des préeeptes de M. Bouchard.

3° Tout en facilitant l'élimination de la plus grande partie du sucre par la voie rénale, il faut en détruire l'excédant et, pour cela, *activer les mutations fonctionnelles et respiratoires*. C'est ici que se place le traitement gymnastique de Bouchardat. — Toutefois les exercices ne doivent pas être faits sans modération; car on risque de se heurter à deux écueils : Les sueurs profuses sont défavorables au diabétique, car, diminuant notablement la sécrétion urinaire, elles entravent l'élimination du sucre; Prout à signalé comme conséquenee d'un surmenage eorporel des aeeidents qui ressemblent au coma diabétique. De plus, l'azoturie prohibe les exerciees violents.

4° Il faut *restreindre l'introduction du sucre alimentaire et des générateurs du glycogène* (amylacés). Mais il n'est nullement nécessaire d'adopter la diète earnée exclusive, et il ne faut pas redouter les végétaux verts, dont Babington et Barlow ont démontré l'innocuité. M. Bouchard est d'avis, comme nous le disions la dernière fois, que l'odieux pain de gluten peut être avantageusement remplacé par les pommes de terre bouillies.

Si le vin est avantageux par l'action tonique qu'il doit à la complexité de sa composition, l'aleool doit être proscrit, dit Bouchard, paree qu'il ralentit la nutrition.

5° Le suere concourt, à l'état normal, à la réparation des tissus, par les transformations qui l'amènent à devenir partie constituante des éléments anatomiques; c'est un point qui paraît démontré par les recherches physiologiques les plus réeentes. Puisque, chez le diabétique, les organes se refusent à l'assimiler, il serait bon de lui *substituer dans l'alimentation quelque autre corps capable de le suppléer*, soit eomme matière plastique, soit comme matière combustible. On a conseillé à ce point de vue la lactose, le lévulose, la glyeérine, les acides gras ou les savons alcalins, les graisses, les acides végétaux, la gélatine.

« Enfin, si la thérapeutique générale du diabète réclame l'emploi des accélérateurs de la nutrition et des agents stimulants de combustion, (les eaux minérales alcalines étant de eette catégorie), il faut être très réservé dans l'emploi de ces moyens dès qu'on constate l'apparition de l'azoturie. Il ne faut plus alors eonseiller au malade qu'un exereiee modéré; il faut proserire l'hydrothérapie. La valériane et l'arsenic me paraissent devoir être exclusivement réservés à ces cas où l'azoturie vient compliquer la maladie diabétique. »

Tel est l'exposé aussi fidèle et aussi concis que possible des dernières opinions professées relativement au traitement du diabète par l'un de nos maîtres les plus distingués. Puissent ees préceptes donner d'exellents résultats à ceux de nos confrères qui voudront les mettre en pratique, soit pour eux mêmes, soit pour leurs clients. Nous serions heureux d'avoir à enregistrer leurs suecès et d'avoir pu leur être ainsi de quelque utilité, grâce à notre modeste travail de vulgarisateur.

(1) Franee médieale, 24 juin 82.

II

Dans un service hospitalier de trois cents épileptiques, il nous a été donné d'observer cet hiver un certain nombre de pneumonies aiguës tout à fait remarquables. Elles ont, en effet, présenté des similitudes très grandes entre elles et, d'autre part, des différences telles avec la pneumonie lobaire franche, que ces caractères anormaux de leur évolution frappaient les élèves les moins expérimentés. Nous avons assisté, en somme, à une petite épidémie de ces pneumonies dont on a beaucoup parlé dans ces dernières années, à l'étranger et en France, et qu'on à désignées sous les noms de *pneumonies infectieuses*, *typhoïdes*, *asthéniques*, *miasmatiques*, etc...

Je ne sais si plusieurs de nos confrères ont pu observer des faits analogues. M. le professeur G. Sée a eité à sa elinique plusieurs petites épidémies de famille ou de maison dont il a eu récemment eonnaissanee. D'autre part, en février et en mars, à l'Hôtel-Dieu et dans d'autres hôpitaux, la gravité tout à fait insolite des nombreuses pneumonies qui ont été traitées, la prostration et l'adynamie typhiques dont elles s'accompagnaient, ont été remarquées.

Empressons-nous de dire qu'il faut distinguer soigneusement les cas dont nous parlons, c'est-à-dire, de pneumonies primitives accompagnées de symptômes typhoïdes, de la pneumonie qui survient au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde et à laquelle Dietl, un des premiers en 1855, a donné le nom de *pneumo-typhoïde*.

Géhrardt à décrit en 1875 une épidémie de pneumo-typhoïde dans laquelle apparaissait d'abord une pneumonie franehe, puis les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde, tuméfaction de la rate, taches rosées, diarrhée et ballonnement du ventre; c'est évidemment assez difficile

parfois de différencier ces deux affections. Les signes physiques de la pneumonie dans les deux cas sont les mêmes; on observe dans les deux le gonflement de la rate, la diarrhée, l'albuminurie. Les taches rosées sont d'un grand secours; pourtant on sait qu'elles peuvent manquer dans un certain nombre de fièvres typhoïdes.

Mais la *notion épidémique* prime toutes les autres. Or les auteurs nous ont légué des relations très nettes d'épidémies localisées dans une prison, un village, un régiment, une maison et dans ces milieux restreints, les caractères d'épidémicité et peut-être même de contagiosité sont faciles à mettre en lumière. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, voici la relation d'une véritable épidémie de pneumonie rapportée par Penkert (1).

« En l'espace de moins de deux mois, quarante-deux cas de pneumonie franche ont frappé les habitants d'un petit village de sept cents âmes. Voici quels furent le mode de développement et la marche de cette épidémie. Les douze premiers malades atteints, dès le début, étaient des enfants qui fréquentaient deux mêmes salles de classe. Le village se composait d'une seule rue en pente, le bâtiment d'école en formait le point le plus déclive et une des extrémités, il faisait face au nouveau cimetière qui le séparait d'un bas fond occupé par un petit étang. Une ligne droite tracée dans la direction N.-O. à travers le cimetière atteint dans le bâtiment d'école les deux salles dont il a été question. Ce détail a son importance, car, à l'époque du début de l'épidémie, et dans les quelques jours qui précédèrent soufflait un vent N.-O.; le niveau des eaux souterraines était très élevé; la plupart des caves de la partie basse du village étaient inondées et, à en juger par le niveau des eaux de l'étang, le sol très poreux du nouveau cimetière avait du être bouleversé; enfin la température de l'atmosphère, très basse jusqu'alors, était remontée à 7° 5. Dans ces conditions, l'auteur a conclu au dégagement de germes infectieux des détritus en fermentation dans le sol du cimetière. Le vent N.-O., qui emportait ces germes, ne balayait qu'une seule maison du village, le nouveau bâtiment d'école, et ce furent les deux salles exposées au N.-O. qui fournirent le premier contingent à l'épidémie! Des quarante-deux malades atteints, deux seulement moururent. Sur les adultes frappés consécutivement aux enfants, vingt-huit prirent la maladie par contagion directe; chez quatre seulement on ne put que soupçonner une contagion indirecte par l'intermédiaire des personnes restées indemnes. »

Les épidémies de maison se ressemblent toutes plus ou moins; on voit tous les membres d'une famille, père, mère, enfants frappés successivement par la maladie, qui tantôt ne présente pas plus de gravité que la pneumonie ordinaire, tantôt au contraire, tue en quelques jours tout ceux qu'elle atteint.

Ces faits démontrent d'une manière suffisante l'existence d'une pneumonie à tendance épidémique, qui diffère par conséquent du type de la pneumonie franche tel que le décrivent les classiques.

Comme l'avaient déjà établi Griselle et Leichtenstern, la pneumonie infectieuse revêt le plus souvent la forme typhoïde ou asthénique. Tantôt domine l'aspect *ataxique*, tantôt l'état général est *adynamique*. La fièvre continue à évolution cyclique de la pneumonie franche, fait place à une température irrégulière, sans rapport nécessaire avec la gravité de l'état général ou l'étendue des signes locaux. Le début peut être très brusque, il est cependant plus souvent moins net. En tout cas la défervescence par crise est bien moins fréquente que la défervescence traînante. Les crachats sont plus souvent hémoptoïques, formés de sang presque plus pur plutôt que rouillés.

Le sommet du poumon est le siége de prédilection, et la lésion est assez migratrice, évoluant par foyers successifs et frappant parfois un poumon après l'autre.

La tuméfaction de la rate a été signalée par la plupart des auteurs; je crois l'avoir constatée aussi, mais je fais d'une manière générale des réserves sur la recherche de ce signe clinique; rien n'est plus difficile que de délimiter par la percussion l'étendue de la matité splénique et on n'arrive jamais qu'à des résultats approximatifs et douteux dans les cas de tuméfaction modérée.

Conformément aux auteurs, j'ai trouvé aussi, dans tous les cas, l'albumine très abondante avec les caractères que M. Bouchard a assignés à l'albumine des lésions rénales, des néphrites infectieuses, et que j'ai rapportés l'an dernier à propos de la fièvre typhoïde.

On observe dans certains cas une teinte subictérique ou même ictérique franche.

L'état général est manifestement typhique, le ventre est ballonné et la diarrhée jaune abondante. Je n'ai jamais vu de taches rosées lenticulaires, malgré une recherche attentive.

Les complications les plus fréquentes sont la pleurésie et la péricardite. La durée est notablement plus longue que celle de la pneumonie vulgaire; quant au pronostic, il est singulièrement plus grave; il est pourtant variable suivant les épidémies.

Les causes invoquées pour l'explication de ces épidémies de pneumonies sont très variables. Ainsi M. Bonnemaison, qui a relaté, il y a quelques années, une épidémie observée à Toulouse, pense que c'est la constitution septicémique du moment qui crée les pneumonies malignes, comme elle fait la gravité des érysipèles, des fièvres puerpérales, thiphoïdes observées à la même époque. — Grimshaw et Moore invoquent une influence miasmatique particulière et donnent à cette forme le nom de pneumonie *pythogénique* (engendrée par la putréfaction) — D'autres auteurs ne veulent voir dans ces cas que des localisations primitives de la fièvre typhoïde sur les poumons, et font de toutes les pneumonies épidémiques des pneumo-typhoïdes ou des pneumo-typhus.

L'encombrement, la saleté des localités envahies, la mauvaise hygiène des habitants ne sau-

(1) Journal de Méd. et Chirurgie 1882. D'après e Berliner Klin. Wochenschrift.

raient être invoquées dans tous les cas, notamment dans les nôtres, où il s'agit de sujets généralement dans la force de l'âge et soumis à une bonne hygiène. Nous serions beaucoup plus porté à admettre l'action nocive des émanations d'égout, auxquelles un certain nombre d'auteurs ont attribué une importance majeure dans la production des pneumonies épidémiques.

Dans l'hôpital où nous avons fait nos observations, des travaux considérables de reconstruction d'égouts ont été opérés avant et pendant tout le temps qu'ont duré nos pneumonies typhoïdes. Mais, en tous cas, ces émanations peuvent être aussi invoquées comme cause de la fièvre typhoïde, et la question reste en définitive posée en ces termes : ou la pneumonie infectieuse est due au microbe de la fièvre typhoïde localisé dans le poumon, ou bien elle est due à un microbe spécial.

Klebs, professeur à Prague, ayant pratiqué sur des lapins des inoculations de crachats pneumoniques et déterminé chez plusieurs d'entre eux des lésions pulmonaires, a voulu faire admettre comme agent infectieux un *monas pulmonale*, des *monadines*. Mais c'est là une pure hypothèse. Ces monadines ne diffèrent des coccus et des des bactéries ordinaires de la salive que par le nom qu'il a plu à Klebs de leur donner. Elles existent à l'état normal dans les secrétions bronchiques, et, d'ailleurs, les lésions, expérimentales déterminées par ses inoculations étaient des noyaux de broncho-pneumonie simples ou suppurés, tels qu'en détermine chez les lapins l'introduction de toute substance septique ou même de simples corps étrangers, et n'avaient rien des lésions de la pneumonie fibrineuse.

En résumé, comme le dit Mr. Germain Sée, à côté de la pneumonie lobaire franche, il existe une pneumonie produite par un germe infectieux, de nature probablement spécifique ou du moins spéciale. Cette pneumonie, qui peut régner épidémiquement, comme le prouvent des observations déjà nombreuses, est une pneumonie fibrineuse, qui ne paraît différer en rien, comme lésions anatomiques et comme signes locaux, de la pneumonie ordinaire. Elle s'en distingue par son cortège de symptômes typhiques, par l'irrégularité de sa marche, par son retentissement sur d'autres organes, la rate peut-être, assurément les reins et les séreuses pleurale et péricardique; surtout, par sa tendance à atteindre épidémiquement un plus ou moins grand nombre d'individus.

Enfin, je dirai en terminant, que les deux médicaments souverains contre ces cas sont le sulfate de quinine et l'alcool.

PAUL GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

LA MÉDECINE LÉGALE.

Médecins qui avez encore la naïveté de vous occuper de médecine légale, confrères qui négligez vos malades pour obtempérer à un réquisitoire du parquet, connaissez-vous un certain article 3, nº 12 du décret du 18 juin 1811. — Je viens, pour mon compte, d'en faire la connaissance.

Le 14 mars 1881, le procureur me requiert par écrit de l'accompagner à Bocé, pour constater l'état du cadavre d'une femme Laigle, qu'on a trouvée morte près de sa cheminée, le corps couvert de brûlures étendues.

Le 24 juin 1881, on trouve à cinq kilomètres de la ville, un nommé Barreau, ayant la main écrasée et donnant à peine signe de vie. — Le substitut me requiert par écrit d'aller donner les premiers soins à cet homme.

Si la femme Laigle avait été précipitée dans le feu par un criminel, et si Barreau, avait été victime d'une tentative de meurtre tout allait pour le mieux, et je touchais la somme de 9 fr. 75, montant de mon mémoire. Mais les accidents étant dus à des causes fortuites, on m'appliquait le terrible article 3, nº 12.

En effet, le ministère de la justice par l'intermédiaire du procureur général d'Angers m'invite à reverser au trésor la somme de 9 fr. 75 qui m'a été indûment payée « car le coût des visites et « transports ayant pour objet la constatation des « morts et blessures accidentelles, ne peut-être « imputé sur les fonds du ministère de la justice « qui ne prend à sa charge que les dépenses occa- « sionnées par une information judiciaire. Art. 3. nº 12, décret du 18 juin 1811 ».

C'est le substitut qui a signé mon réquisitoire dans l'affaire Barreau, qui m'invite en bonne et due forme à verser au trésor la somme indûment touchée, ce que je m'empresse de faire.

Comme honoraires, je conserve mes deux réquisitoires !

Dans la pièce envoyée par M. le Garde des sceaux, il existe une colonne pour « les explications fournies par la partie prenante ». La partie prenante étant moi, voici les explications que je fournis : « Quand le soussigné s'est « transporté avec le procureur à Bocé pour visiter « le cadavre de la femme Laigle, il y a eu com- « mencement d'information judiciaire puisqu'un « crime était soupçonné. Pour ce qui concerne « l'examen du sieur Barreau, le soussigné con- « fesse qu'il a eu un tort immense : celui d'obtem- « pérer à un réquisitoire du parquet, ce qui, en « semblable circonstance, ne lui arrivera plus. — « Baugé, 25 juin 1882.

Si vous trouvez, honoré Directeur, que ma com-

munication mérite d'être publiée, dans l'intérêt de nos confrères, je vous en serai reconnaissant.

Bien à vous. Dr Boell.

II

Loi Roussel. — Certificat des nourrices.

Très honoré confrère,

Il y a quelque temps déjà, notre estimé confrère, le docteur Bibard, demanda aux membres du *Concours* leur appréciation sur le mode et le taux de paiement des inspections des nourrissons.

En même temps que ma réponse, je lui adresse par votre intermédiaire la question suivante: *Le médecin-inspecteur a-t-il le droit de faire payer le prix d'une visite à la nourrice à laquelle il délivre un certificat?*

En d'autres termes, doit-il faire un examen microscopique du lait; assumer la responsabilité de déclarer que la nourrice est exempte de maladie contagieuse; s'exposer à une demande de dommages-intérêts de la part des parents d'un enfant qui viendrait à en contracter une. Ce cas serait très possible, car il nous est difficile de faire déshabiller les nourrices et de les soumettre à une visite *au spéculum*. Le maire de ma commune accepte les certificats de tous les médecins, sous le prétexte que je fais payer les miens; je n'ai jamais demandé aucune rémunération à une nourrice nécessiteuse.

Mon confrère, qui n'est pas médecin-inspecteur, délivre gratuitement les certificats.

La loi, confirmée en cela par un jugement du tribunal de Melun, dit cependant que le médecin-inspecteur a seul le droit de délivrer ces certificats dans la commune qu'il habite; je crois même qu'on devrait entendre par là, dans la circonscription qu'il inspecte.

Les nourrices qui vont se faire délivrer des certificats ailleurs sont précisément celles qui donnent habituellement les plus mauvais soins à leurs nourrissons.

Veuillez agréer, etc.

Dr Lamothe

Réponse:

Mon cher Directeur,

La réponse à la lettre de notre honorable confrère me semble extrêmement facile à faire. L'article 15 de la loi Roussel porte: « Les dépenses auxquelles l'exécution de la présente loi donneront lieu seront mises, par moitié, à la charge de l'Etat et des départements intéressés. »

Donc, il n'est rien dû par les particuliers au médecin-inspecteur, ayant accepté la charge de visiter nourrices et nourrissons. Mais toutes les visites faites en exécution de la loi doivent être rétribuées par la Préfecture du Département, service de l'Assistance publique, que ces visites aient pour but de constater l'aptitude de la nourrice, ou la santé du nourrisson.

Veuillez agréer,

Dr Bibard

III

Médecins et bureaux de bienfaisance.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le numéro 22 du *Concours médical*, et notamment ce qui concerne les médecins de *Compiègne*. La conduite de mes honorables confrères mérite l'approbation du corps médical; — mais il est un point sur lequel je ne suis pas d'accord avec eux, celui qui concerne le *Bureau de bienfaisance*. Ces messieurs disent : « *Nous serons tous heureux* de donner, comme par le *passé*, nos soins *essentiellement gratuits* aux indigents de la ville. » Je crois que c'est un tort; nous laissons croire au public que nous devons nos soins *gratuitement* aux indigents, et le public est persuadé, *en général* que nous sommes obligés, par la loi, de faire ce service gratuitement. Je proteste formellement : il appartient à la société en général de faire soigner les indigents (soins médicaux, fourniture de médicaments, bons de pain, de viande, etc. etc.).

Or, la société ne se refuse pas à payer les médicaments, et le reste, — excepté les soins médicaux. Commes tous les citoyens, nous payons, notre part dans les sommes allouées par les villes à ce sujet.

Si le pharmacien est payé, pourquoi la société ne nous paierait-elle pas aussi?

Certainement, nous pouvons diminuer le prix de nos honoraires pour les indigents, mais nous devons réclamer une rémunération.

Je crois que nos honorables confrères de Compiègne auraient dû, puisque les circonstances ont forcé la *Commission de bienfaisance* à leur offrir une allocation raisonnable, accepter ces honoraires.

Cette manière d'agir aurait l'avantage de faciliter les réclamations de nos autres confrères, dans les villes ou dans les campagnes, ils pourraient citer cet exemple.

Je vous livre, Monsieur le Directeur, ces quelques réflexions, vous pourriez les utiliser.

Grâce au *Concours médical*, nous avons l'avantage de pouvoir échanger nos impressions et arriver ainsi à mieux comprendre nos véritables intérêts.

Agréez, etc.

Dr M.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Lotions contre l'acné de la face. — Le professeur Hardy conseille contre cette affection la formule suivante :

Sulfure sec de potassium.....	5	grammes
Teinture de benjoin..........	5	—
Eau dist. de roses...........	300	—

M. Pour lotions sur le visage matin et soir.

Traitement du goitre exophthalmique par la duboisine. — M. Dujardin-Beaumetz a substitué la *duboisine* en injections hypodermiques à l'atropine, dans le traitement du goitre exophthalmique. Dans les deux cas où il a employé cette médication, il a obtenu une grande diminution des palpitations et des battements vasculaires, il a, de plus, noté une facile accumulation des doses, bien qu'il n'injectât que de faibles quantités de duboisine : un quart de milligramme ou un demi-milligramme au plus ; au bout de peu de jours apparurent des signes non douteux d'intoxication analogue à celle que produit la belladone. La solution qui sert aux injections peut se formuler ainsi : sulfate neutre de duboisine, 1 centigr. ; eau distillée de laurier-cerise, 20 gr. Chaque seringue de 1 centim. cube renferme un demi-milligramme du sel de duboisine.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Association et Syndicat

. . . .
Lasciate ogni sperenza, vai che intrate!
(Dante Alighieri, *lo Inferno,* Canto III).

Ne soyez point effrayé, ami lecteur, en trouvant cette épigraphe en tête d'une chronique où nous devons surtout nous occuper des syndicats médicaux. Je ne veux pas vous conduire, même à la suite du Dante, *nellà città dolente...,* et surtout je serais bien désolé de vous faire abandonner, à la porte, toute espérance de retour. Non, tel n'est pas mon but, et la devise ci-dessus ne s'applique guère à nous qui avons le profond espoir de voir se montrer bientôt un avenir meilleur.

Pourquoi donc, direz-vous, rappeler les sombres paroles inscrites par le poète sur la porte qui mène *nell'eterno dolore?* — Vous allez voir.

Protégée contre les vents du nord par ses collines couvertes de forêts d'olivier, il existe, tout au sud de la France, une ville où la Méditerranée

« Déroule ses flots bleus au pied de l'oranger. »

La grande importance de son port militaire, plus encore assurément que la beauté de ses admirables sites et la douceur de son climat, a réuni dans les murs de Toulon un nombre de médecins considérable eu égard à sa population. Ils ont senti, eux aussi, que *l'union fait la force* et, avec les médecins de l'arrondissement, ils ont créé une des quatre-vingt-quatorze sociétés locales qui sont agrégées à l'Association générale. Comme chacune d'elles, elle possède son réglement particulier, et son Président, à chaque réunion, est dans l'habitude de prononcer l'allocution traditionnelle et obligatoire. C'est dans cette allocution que nous avons recueilli les lignes suivantes : « Vous savez, messieurs, qu'il est admis en principe, « dans notre Association, *qu'on ne peut donner sa démission* ; la mort seule ou l'exclusion peuvent « délier le sociétaire des obligations qu'il a contractées « en demandant son admission. » Ainsi, le médecin admis ne s'appartient plus ; il devient *la chose* de la société ; il aliène sa liberté, son indépendance, ces deux prérogatives dont il est, à bon droit, si jaloux : il doit laisser toute espérance ! ! ! Rien que d'y penser cela vous donne le frisson. Ah ! cher confrère, votre Association est nécessaire, car je sais que, là-bas aussi, il y a bien des misères qu'elle peut soulager. Et c'est pour cela que j'ose vous supplier d'être un peu moins terrible : j'ai le pressentiment que des prétentions aussi exorbitantes lui porteraient malheur !

L'Association générale a rendu au corps médical trop de services, depuis l'époque relativement peu éloignée de sa création, pour que chacun de nous ne forme pas des vœux sincères pour son extension. A mesure que le nombre de ses membres s'accroîtra, ses ressources, admirablement gérées, deviendront plus considérables, et son action bienfaisante pourra être d'une plus grande efficacité. A ce point de vue, le développement des Sociétés locales, qui sont comme les membres de l'Association, est chose essentiellement désirable et chacun de nous doit poursuivre ce but. Et c'est précisément parce que nous sommes le partisan convaincu de l'Association générale que nous avons vu avec regret le sentiment de défiance avec lequel elle a accueilli l'idée de la création de Syndicats médicaux. On a craint, ainsi que l'a avoué M. Millot, Président de l'Association locale de l'Oise, ainsi que d'autres l'ont trop clairement laissé pressentir, on a craint de voir l'influence des syndicats se substituer à celle que l'Association générale a si légitimement acquise. C'est là une manière de voir contre laquelle nous avons déjà bien des fois protesté, et contre laquelle nous ne saurions trop mettre en garde les lecteurs du *Concours médical.*

Non, nous ne voulons pas supplanter l'Association générale : loin de là, nous voulons lui venir en aide, nous voulons la compléter, en quelque sorte, aussi bien dans son œuvre de Moralisation que dans son œuvre de Protection ; car, il faut bien le reconnaître, à ces différents points de vue, elle n'a pas tenu tout ce qu'elle a promis. Nous n'entendons contester ni son bon vouloir, ni les efforts sérieux qu'elle a maintes fois tentés en ce sens, et dont chacun doit justement lui savoir gré. Si elle n'a pas toujours réussi, et si, après plus de vingt années d'études et de consciencieux efforts, nous avons le regret de constater encore bien des *desiderata,* c'est que, *par suite de son organisation même,* l'Association générale ne saurait entrer dans les détails de ce qui constitue *nos misères,* et, par conséquent, y porter remède. Nous discuterons successivement les différents points que comporte cette étude, et s'il nous arrivait, par hasard, de laisser échapper de notre plume quelque proposition qui pût paraître, aux plus susceptibles, un peu dure pour l'Association générale ou les Sociétés locales, nous trouverions une excuse dans notre ardent désir de voir la médecine et les médecins occuper, dans la société le rang auquel ils ont droit. Nous ne voulons pas parler de l'œuvre d'Assistance de l'Association. Cette partie de sa tâche est bien remplie ; nous sommes trop heureux de la voir, chaque année, prendre un nouvel essor, pour que nous puissions en faire la moindre critique. D'ailleurs les lecteurs du *Concours* nous sauraient, j'en suis sûr,

bien mauvais gré d'en faire autre chose qu'un éloge mérité.

Avant d'entrer dans le cœur même des différentes questions que nous nous proposons d'aborder, nous voulons ici reproduire une page du Dr Mignot, vice-Président de la Société des médecins de la Nièvre, membre de la *Commission générale des syndicats*. Ce qu'on va lire est extrait du discours que notre honorable confrère a prononcé dans la 22e Assemblée générale tenue à Nevers le 27 juin 1881. C'est tout un programme en même temps que la démonstration de l'utilité des syndicats et de l'insuffisance de l'Association. Voici comment s'exprime notre confrère :

« Les trois grandes devises qu'il (le vice-Secrétaire, « M. le Dr Chéreau) a justement inscrites sur le drapeau « de l'Association : Assistance, Moralisation, Protec- « tion, les deux premières, la première surtout, sont « admirablement mises en pratiques. Quant à la troi- « sième, elle n'a pas répondu aux espérances conçues. « Non, jusqu'ici, il faut bien l'avouer, l'Association géné- « rale n'a pas pu réaliser les espérances que chacun de « nous était en droit d'avoir. L'État ne nous écoute guère, « ne nous écoute pas dans nos revendications légitimes; « la médecine illégale fleurit comme à ses plus beaux « jours ; les empiriques, mâles et femelles, continuent leurs « exploits, encouragés par des pénalités dérisoires en cas « de contravention, et par notre indifférence et notre décou- « ragement; les sœurs exercent médecine et pharmacie au « grand jour, avec chevaux et voitures; quelquefois elles en- « treprennent des cures à forfait ou par abonnement. Les « pharmaciens, pour se dédommager du tort qui leur « est fait, tiennent ouverts des cabinets de consultations « et donnent, avec leurs conseils, une quantité de médi- « caments simples ou composés, dont le prix surfait les « rémunère amplement de leurs peines. Le gouverne- « ment, les communes nous demandent pour les pauvres, « pour les enfants assistés ou en surveillance, comme « pour les tribunaux, des soins, des visites, des écritures, « des tableaux, des rapports, à des prix si modiques que, « rien que pour les déplacements, si nous étions obligés « de louer une voiture, le voiturier absorberait, et au delà, « nos honoraires..... Le public tout entier cherche à se « soustraire au payement des honoraires médicaux ou « tout au moins à les payer le moins possible. Et pour- « quoi tout cela? Il faut le dire hautement, parce que « nous ne sommes pas unis, parce que nous ne savons « pas nous défendre..... L'Association générale a fait « faire un grand pas à l'esprit de bonne confraternité..... « elle a créé l'assistance pour les déshérités de la pro- « fession; elle est parvenue à nous unir sur le terrain de « la charité..... Elle a créé des rapprochements, elle nous « a fait entrevoir que nous pourrions bien mieux vivre « ensemble..... Seulement, ce n'est plus à elle de nous « défendre dans nos foyers ; son grand rôle s'arrête à « l'atténuation de nos misères, au soulagement de nos « malheurs..... Mais peut-elle entrer plus avant dans « nos affaires particulières? Non! C'est à nous à nous « défendre chez nous, à chercher un remède pratique, « efficace, à nos plaies intimes, locales, que seuls nous « connaissons à fond, et qui varient suivant les localités. « Il paraît même que notre grande Association n'a pas le « droit de le faire..... *Mais ce que ne peut faire l'Asso- « ciation, une société privée, un syndicat peut la « faire...* »

Nous examinerons successivement les propositions énoncées par notre distingué confrère, et il en résultera pour chacun, nous en avons l'intime conviction, la certitude que nous pouvons porter, aux maux qu'il énumère, un remède efficace.

Dr. A. BARAT-DULAURIER.
Ex Interne des Hôp. de Paris.

NOUVELLES

Le Docteur Chéron a repris ses leçons de clinique sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 3 juillet à midi et demi, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

NECROLOGIE.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un des vétérans de la presse médicale: *M. le Dr Amédée Latour* vient de succomber à une cruelle maladie qui lui avait fait abandonner, il y a quelque temps déjà, la direction de *l'Union médicale*. Notre vénérable confrère laisse le souvenir d'un écrivain de talent, d'un esprit juste et fin, et, ce qui vaut mieux encore, d'un homme de cœur: la Rédaction et les lecteurs du *Concours médical* ne sauraient oublier les efforts tentés par lui pour relever la dignité et la situation du corps médical; aussi saluons-nous surtout en Amédée Latour, un des premiers organisateurs du Congrès de 1845, un des fondateurs de l'Association générale.

Nous recevons en même temps la nouvelle de la mort d'un de nos confrères très distingué, bien connu pour ses importants travaux sur les maladies des voies urinaires, *M. le Dr L. A. Mercier.*

BIBLIOGRAPHIE

De l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales avec le serre-nœud de Zamphal, par le Dr Noquet Lille, imprimerie Castiaux, Grande place, 13.

Névralgie de l'auriculo-temporal, des branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical, de quelques filets du pneumogastrique, provoquées par un bouchon de cérumen développé dans le conduit auditif droit, autour d'un grain d'avoine, entré à l'insu du malade. Observation lue à la Société de Médecine du Nord, dans la séance du 14 octobre 1881, par M. le Dr Noquet.

De la réunion par première intention, par le Dr Cauvy (d'Agde). Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, Libraires Editeurs, Place de l'Ecole de Médecine.

Sur un Kyste fœtal, provenant d'une grossesse extra utérine abdominale, remontant à cinq ans, par M. le Dr Thomas Caraman. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine.

Le Sabbat des sorciers, par Bourneville et Teinturier, plaquette grand in-8, carré de 40 pages avec 25 figures dans le texte, et une grande planche hors texte.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

15 Juillet 1882 — 4me Année. — Nº 28

SOMMAIRE

BULLETIN

M. Ball a présenté à l'Académie et à la Société d'Anthropologie, l'observation d'un cas remarquable de crétinisme sporadique et non héréditaire. Il s'agit d'un homme de 31 ans, né et élevé à Paris, dont la taille et l'aspect sont ceux d'un enfant. Son père et sa mère sont de taille ordinaire, et n'ont jamais cessé de se bien porter; mais trois de leurs enfants sont morts de convulsions, en bas âge. Le sujet de l'observation s'est bien développé jusqu'à l'âge de onze mois; à ce moment, il fut confié à une nourrice qui le maltraita et le laissa souffrir de la faim: il eut alors des convulsions qui se continuèrent presque sans interruption pendant trois mois, puis la maladie cessa, mais l'évolution du jeune enfant ne se fit plus régulièrement. Actuellement, il mesure un mètre cent-trois millimètres; sa dentition est restée incomplète; sans être complétement idiot, puisqu'il a pu apprendre à lire, il reconnaît les personnes qui l'entourent et sait fort bien apprécier les bons et les mauvais procédés qu'on emploie à son égard, il a cependant beaucoup de peine à s'exprimer et s'amuse comme un enfant. Malgré le développement relativement très exagéré des organes génitaux, il ne semble avoir aucun vestige de l'instinct génital. Son visage imberbe est sans expression; sa peau terreuse et ridée semble beaucoup trop large pour le squelette qu'elle recouvre; le nez est aplati, les yeux demi-fermés, les lèvres comme tuméfiées, l'inférieure est pendante et cache le menton. Le front est fuyant et le diamètre antéro-postérieur de la tête, qui paraît grosse, est rétréci. L'écaille de l'occipital est remarquable en ce qu'elle est dirigée en haut et en arrière, comme si elle avait été repoussée par une force agissant de l'intérieur à l'extérieur. Ce caractère distingue Victor, ou le Crétin des Batignolles, comme l'a appelé M. Ball, des vrais crétins chez lesquels l'occipital et le frontal semblent marcher à la rencontre l'un de l'autre. Les fontanelles sont ossifiées. Les membres et le restant du corps ne se font remarquer que par leur peu de développement.

M. Ball pense que l'arrêt de développement a été causé, chez ce sujet sans doute prédisposé, par une maladie cérébrale, probablement une méningite, suite des mauvais traitements et de l'inanition: Victor serait donc un crétin artificiel et incomplet: c'est là le côté très intéressant de la communication de M. Ball. On sait que le crétinisme vrai est endémique, absolument inconnu à Paris, se développe sous l'influence d'un poison tellurique encore indéterminé, de l'humidité et du défaut d'hygiène, circonstances qui se trouvent réunies dans certaines vallées, le Valais par exemple.

M. *Germain Sée* a appelé l'attention sur le Convallaria maialis, plus connu sous le nom de muguet qui serait, d'après lui, un médicament cardiaque des plus importants. Outre son action diurétique très puissante, il produirait, sous la forme d'extrait aqueux, administré à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50, des effets constamment

favorables sur la respiration et la circulation: ralentissement des battements du cœur, souvent avec rétablissement du rhythme normal; augmentation de l'énergie du cœur, ainsi que de la pression artérielle avec régularisation des battements artériels exagérés; de plus, suivant M. G. Sée, e pouvoir respiratoire acquiert, sous son influence, plus de force inspiratoire et les sensations du besoin de respirer sont moins impérieuses et moins pénibles. Les indications sont toutes les affections du cœur. Le médicament est d'ailleurs sans effet fâcheux sur le système cérébro-spinal et sur les organes digestifs. A ce point de vue, il est supérieur à la digitale. Pour combattre les dyspnées cardiaques, il est inférieur à la morphine et surtout à l'iode.

Espérons que le Muguet saura, dans des expériences cliniques ultérieures, se maintenir à la hauteur de la réputation que M. G. Sée vient de lui faire et la destinée de l'humble plante sera bien changée ! Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

De la syncope cardiaque d'origine réflexe.

Par le Dr Ch. Liégeois, (de Bainville-aux Saules, Vosges), Lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine.

(Fin.)

Il faut cependant reconnaître à l'explication de M. Fauvel, un point vrai : sans dire avec Gréhant, avec Héger, que l'accumulation trachéale, en ralentissant la circulation pulmonaire, donne naissance à un spasme vasculaire étendu, cause de la mort par syncope, on doit se rappeler que les nerfs sensibles de la trachée et des bronches rejoignent le pneumogastrique par l'anastomose de Galien (François-Franck), que l'anastomose de Galien contient des nerfs sensibles qui remontent dans le laryngé supérieur (Philippeaux et Vulpian) : il est dès lors évident que l'excitation de ces nerfs sensibles, par les mucosités, a les mêmes résultats que l'excitation du nerf laryngé supérieur lui-même par la tumeur : d'où syncope cardiaque sous l'influence des deux causes associées.

D'après Barthez et Rilliet (1), la syncope cardiaque, qui peut finir les jours des sujets atteints de spasme de la glotte, est le résultat d'une *convulsion du cœur*. Ce n'est pas ainsi que nous la comprenons. Il faut bien savoir que le spasme glottique, c'est la contraction tonique et permanente des muscles des lèvres de la glotte innervés par les récurrents. Or, M. François-Franck (2) a démontré que l'excitation du bout périphérique du nerf récurrent, c'est-à-dire de la portion du nerf qui rejoint l'anastomose de Galien, détermine, outre des mouvements du larynx qui sont ici hors de cause, des effets cardiaques, vasculaires et respiratoires analogues à ceux de l'excitation centripète du laryngé supérieur. C'est que le récurrent a d'étroits rapports avec l'anastomose de Galien, puisque la section de cette anastomose (Philippeaux et Vulpian) produit la dégénération d'un certain nombre de filets du récurrent. Qu'est-ce à dire ? c'est que le récurrent contient des nerfs sensibles remontant dans le laryngé supérieur par l'anastomose de Galien. Vous étonnerez-vous alors qu'une irritation du récurrent agisse autrement qu'une irritation du laryngé supérieur ? elle déterminera, comme elle, l'arrêt momentané du cœur et l'abaissement de la pression artérielle. Dans cette circonstance, il n'y aura pas non plus de syndrome syncopal.

Dans la coqueluche, enfin, la syncope cardiaque résulte de l'expiration forte (Wintrich) (3) et de et de l'inspiration énergique (Müller (4), Chauveau (5)), qui arrêtent le cœur par un mécanisme signalé dans tous les livres classiques de physiologie et sur lequel je demande de ne pas insister.

(D). Syncope cardiaque dans les troubles de l'ouïe

Le bruit d'une lame passée sur un métal dur, d'un corps qui raie le verre, de la scie qui divise la pierre ou le marbre, du couteau qui coupe le liége, de l'objet qui remue le charbon, peut donner une syncope aux personnes nerveuses, hystériques ou hypochondriaques.

Dans la maladie de Ménière, un *état syncopal* accompagne souvent les vertiges, les étourdissements, la marche incertaine, le tournoiement, la chute, les nausées et les vomissements.

MM. Couty et Charpentier (6), qui ont étudié l'action sur le cœur et les vaisseaux des excitations des sens spéciaux, ont observé, en produisant à l'oreille de chiens curarisés des bruits divers, sons métalliques, sifflements, etc..., des réflexes cardiaques transmis uniquement par les

(1) Barthez et Rilliet, sup. cit. p. 498.
(2) François-Franck, Soc. biol., 25 oct. 1879.
(3) Wintrich, Ueber den Expirationspuls und über Asphya mecanica. Med. Neuigkeiten, 1861.
(4) Müller, Tr. de physiol. —Trad. de Joudan, 1851.
(5) Chauveau, *in* Chauveau et Arloing, art. Cœur du Dict. Dechambre.
(6) Couty et Charpentier, Soc. biol. 28 avril 1877.

nerfs pneumogastriques et à la genèse desquels le cerveau et les centres mésocéphaliques étaient indispensables. C'est donc par ce mécanisme que les impressions auditives désagréables arrêtent le cœur des hystériques et des hypochondriaques aux noyaux modérateurs vagues intra-bulbaires desquels elles arrivent déjà singulièrement amplifiées. Le plus souvent, il faut bien le reconnaître, le cœur est simplement ralenti, ses pauses diastoliques sont plus prolongées et le syndrome syncopal qui résulte de l'état du cœur, relève d'un certain degré d'olighémie encéphalique.

Dans la maladie de Ménière, l'état syncopal, la syncope, si tant est quelle ait été observée, ne sont pas dus à une lésion propagée par continuité de l'oreille interne au cerveau. Les autopsies faites par Ménière, Viricel, Vulpian, ne relatent, en effet, aucune lésion de propagation. Voici comment, personnellement, je suis tenté d'interpréter cet état syncopal :

On sait qu'un nerf crânien de sensibilité générale ou spéciale étant excité d'une certaine façon, le cerveau, au reçu de l'impression, devient un centre d'actions réflexes multiples. Or, M. Brown-Séquard (1), a prouvé que le nerf auditif est, comme le nerf optique, du reste, dans ce cas. J'ai pensé que l'ébranlement communiqué au nerf auditif par la maladie venait se répercuter sur le centre vaso-moteur bulbaire, anémier l'encéphale (d'où les vertiges, les étourdissements, la marche incertaine, le tournoiement, la chute) et exciter directement ou consécutivement à l'anémie les noyaux vagues dans la bulbe (d'où les nausées, les vomissements, l'hypokinésie ou l'arrêt du cœur).

(1) Brown-Séquard, *Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system*, 1860, p. 19 et suiv.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE.

En raison de sa tendance bien accusée à la *chronicité*, la conjonctivite granuleuse est une des affections oculaires qui mettent le plus à l'épreuve le savoir du médecin et plus encore la patience des malades. Aussi doit-on commencer par relever le moral abattu des malheureux granuleux, le plus souvent découragés par la désolante tenacité de leur affection, et par l'insuccès des nombreuses médications auxquelles ils ont eu recours.

Sans donner au traitement général une prépondérance marquée, il ne faudrait pas non plus ne s'attaquer qu'à la granulation ; ce serait faire fausse route. Nous avons vu quel rôle étiologique il fallait attribuer aux conditions de *milieu* et aux diathèses ; nous rappelant donc que la granulation n'est pas toute la maladie, nous combattrons chez les uns la strume, chez ceux-ci la tuberculose, chez d'autres l'arthritisme ; à tous nous recommanderons l'air pur et une bonne hygiène.

Le caractère éminemment contagieux de cette conjonctivite ne sera pas non plus oublié et les malades seront isolés dans la limite du possible.

Je passe rapidement sur cette partie du traitement qui ferait un chapitre très intéressant au point de vue de l'hygiène publique et privée, pour ne m'occuper aujourd'hui que de la médication locale.

C'est à la pratique de nos confrères belges, sans contredit les plus expérimentés en la matière, qu'il nous faut nous en rapporter, en ce qui concerne le traitement local de cette affection si commune dans les Flandres.

J'insiste tout d'abord sur ce point : qu'on ne saurait tracer une ligne de conduite invariable et que, suivant les symptômes, tel moyen dont l'action est vite épuisée sera utilement remplacé par un autre. D'autres fois, il conviendra d'interrompre toute médication locale et de s'en tenir pendant quelques jours aux soins généraux.

Les deux propositions suivantes devront toujours diriger le chirurgien dans le traitement :

1° La destruction des granulations conjonctivales est impossible à obtenir sans sacrifier une portion de la muqueuse saine, que, dans son évolution, la maladie tend déjà à rétrécir et à atrophier. Cette destruction serait suivie de conséquences fâcheuses pour l'organe de la vision.

2° Les granulations conjonctivales peuvent guérir à la faveur d'une inflammation substitutive que fait naître quelquefois la nature elle-même.

Le rôle du médecin consiste donc à provoquer cette inflammation curative, à la modérer si elle dépasse certaines limites, à l'augmenter si elle est insuffisante. D'une façon générale, la première proposition est la condamnation de *l'excision des culs de sac*, ou de *scarifications* suivies de cautérisations. Sans doute, il y a loin des scarifications que l'on fait aujourd'hui *utilement* dans certains cas, au *raclage* et au *limage* que pratiquaient les anciens avec des instruments *ad hoc*, avec la pierre ponce, avec des têtes de chardons ou d'autres corps plus ou moins rugueux ; mais ce que réprouvent presque tous les chirurgiens, c'est l'opération, quelle qu'elle soit, amenant à sa suite une perte de substance, bien que, par sa laxité et sa structure anatomique, la conjonctive *semble* jusqu'à un certain point l'autoriser. En 1878, M. Galezowski lut à la Société de chirurgie, un travail sur l'*excision des culs de sac conjonctivaux* chez les granuleux, et ses conclusions furent le plus vivement combattues par le rapporteur, M. Terrier (1). M. Galezowski n'en est pas moins resté très chaud partisan de *l'excision* et dans le n° de Mars 1882 du *Recueil d'oph-*

(1) Bulletins. Séance du 4 Déc. 1878.

thalmologie, l'un de ses chefs de clinique, M. Despagnet écrit les lignes suivantes : « L'excision du cul de sac conjonctival est pratiquée dans tous les cas de conjonctivite granuleuse rebelle avec saillie marquée de granulations sur la conjonctive. ». Quoi qu'il en soit, l'excision des granulations n'est généralement indiquée que lorsque celles-ci sont isolées, pédiculées ou fongueuses, qu'elles résistent depuis longtemps à toute médication et qu'elles peuvent être enlevées sans entamer la muqueuse saine. Cette petite opération se ferait, du reste, avec la plus grande facilité. Le chirurgien n'en exciserait qu'un petit nombre à la fois, les saisissant avec une petite pince à griffes, et rasant leur point d'implantation avec les ciseaux. Une vive douleur avertirait que l'instrument coupe des tissus sains et qu'il faut redoubler de précautions. Il faut se garder de cautériser, et des compresses d'eau froide seront appliquées sur les paupières, afin d'arrêter le sang et de modérer la réaction traumatique.

Je ne dirai qu'un mot des *scarifications*. Elles sont utiles lorsque la conjonctive est congestionnée, boursoufflée et se font *superficiellement* à l'aide d'un bistouri très fin, ou d'un scarificateur, à la façon des scarifications cutanées que pratiquent les médecins de St-Louis dans le traitement du lupus. Je les crois préférables, pour le but à atteindre, au *frottement énergique* de la muqueuse avec l'éponge que recommande, dans le même cas, M. Meyer. (1)

Les irritants les plus divers ont été et sont encore mis en usage pour provoquer la réaction inflammatoire nécessaire à la résorption des granulations. Parmi les principaux, je citerai *l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, le tannin et l'alun.*

Acétate de plomb. — En Belgique, on a beaucoup vanté *l'acétate de plomb* finement pulvérisé (méthode de *Buys*) (2). MM. Warlomont et Testelin en ont été très partisans, mais peu à peu on a reconnu à la méthode peu d'avantages et beaucoup d'inconvénients, (la kératite *chimique* ne serait pas la moindre). Aujourd'hui c'est un moyen délaissé. Il n'en est pas de même de l'acétate de plomb en solution. Pour M. Abadie, c'est le topique par excellence, et les craintes manifestées à l'égard des imprégnations métalliques de la cornée dépourvue de son épithélium ne seraient pas fondées. « Quand la cornée est saine et alors même qu'il y aurait quelques ulcérations superficielles, si vous avez la précaution de bien enlever par un grand lavage toutes les parcelles des dépôts insolubles qui peuvent se former, vous n'avez rien à redouter. (3) » Avec M. Meyer, je serai moins affirmatif et ne conseillerai ce moyen que lorsque l'épithélium cornéen sera intact.? A la consultation du Dispensaire ophthalmique du Bureau de Bienfaisance, le nombre des granuleux est relativement considérable. J'ai divisé ces malades en plusieurs groupes que je traite par des topiques différents; le résultat de mes observations sera publié ultérieuremennt, mais dès aujourd'hui je dois dire que la solution d'acétate de plomb ne m'a pas donné de meilleurs résultats que tel autre moyen. Voici d'ailleurs son mode d'emploi. Suivant le degré d'inflammation de la conjonctive on se sert des solutions suivantes :

Sous-acétate de plomb liquide : 15, 10, ou 5 gr.
Eau distillée, 15 grammes.

Les paupières étant retournées et le malade regardant en bas, s'il s'agit de la paupière supérieure, en haut, s'il s'agit de l'inférieure, de manière à bien étaler les culs-de-sac de la conjonctive, on promène sur toute la muqueuse un pinceau de blaireau, imbibé de la solution précédente, puis on lave soigneusement et à plusieurs reprises les parties touchées avec un autre pinceau trempé dans l'eau distillée. Ce pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures jusqu'à guérison.

Sulfate de cuivre. — Tous les jours et un peu à l'aveugle, sous forme de crayon ou de cristal bien poli, ce sel est employé comme topique dans le traitement qui nous occupe. Quelques médecins préfèrent incorporer le sulfate de cuivre au glycérolé d'amidon ou à la vaseline ; il est aussi prescrit sous forme de collyre astringent. C'est un moyen douloureux, et la plupart des granuleux redoutent beaucoup la *pierre bleue.* Il parait que la douleur est singulièrement atténuée, si on a soin de laver aussitôt la conjonctive à grande eau, mais c'est sans doute, en même temps, affaiblir l'action du caustique. Je crois du reste beaucoup à son efficacité, à condition de le bien manier et de ne pas faire empiriquement chaque jour une cautérisation de toute la conjonctive palpébrale.

Les mêmes réserves sont à faire au sujet du *nitrate d'argent* mitigé, qui ne convient que lorsque la maladie est tout à fait chronique, non comme moyen de destruction des granulations, mais pour développer l'inflammation nécessaire à leur résorption. Quant à la solution plus ou moins concentrée, (1 gramme ou 2 grammes pour 100 gr. d'eau distillée) elle combat avantageusement un degré de purulence ou même de catarrhe excessif. Aux granuleux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent être visités que de loin en loin par le médecin, M. Galezowski recommande fréquemment la pommade au nitrate d'argent dont on fait pénétrer chaque soir gros comme la tête d'une forte épingle entre les paupières ; mais cette préparation a l'inconvénient de déterminer à la longue une coloration noirâtre de la muqueuse. A la même catégorie de malades le mucilage *tannique* préconisé surtout par M. Hairion rendra de réels services (1). Voici comment on le prescrit :

Tannin..................	5	grammes.
Gomme arabique.........	10	—
Eau distillée............	25	—

Alun. — C'est à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Paris, en 1880, que j'ai vu M. le professeur Panas substituer le cristal d'alun au cristal de cuivre. Depuis, je me sers tous les jours

(1) Traité, page 93.
(2) Annales d'Oculistique, t. XXXII, p. 244.
(3) Leçons de clinique p. 32.

(1) Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin (1851).

de ce topique qui n'est nullement douloureux. Il donne d'excellents résultats dans les cas de granulations récentes et on peut l'employer seul. Quand la maladie est passée à l'état chronique, l'alun n'irrite pas suffisamment, et de temps à autre, il est nécessaire de recourir aux compresses d'eau chaude, suivant le consel , de Grœfe, ou bien aux modificateurs plus énergiques, tels que le crayon de nitrate d'argent mitigé et le cristal de sulfate de cuivre.

En résumé, si la conjonctivite granuleuse est récente, si les granulations sont bien isolées, si l'inflammation due à leur présence est modérée, se borner à toucher tous les deux jours les points malades avec le cristal bien poli d'alun. On pourra, en même temps, recommander aux malades des lavages avec une eau antiseptique quelconque, chlorurée, boratée, etc. Une inflammation trop violente sera facilement combattue par l'emploi de la solution de nitrate d'argent suivante portée sur la muqueuse à l'aide d'un pinceau de blaireau.

Nitrate d'argent crist...... 1 gramme.
Eau distillée............. 60 —

Quand on a affaire à la forme chronique, cautériser légèrement une ou deux fois la semaine avec le crayon mitigé de nitrate d'argent ou le cristal de sulfate de cuivre. Dans l'intervalle, attouchement quotidien avec le cristal d'alun.

N'user qu'exceptionnellement des scarifications et encore plus exceptionnellement de l'*excision*.

Les moyens seront, bien entendu, variés et modifiés suivant les symptômes. Quant au traitement de la kératite *panneuse* qui est la complication habituelle des granulations, il sera indiqué dans un prochain article.

Dr Baudry (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Médecins et Pharmaciens.

Très honoré Confrère,

Permettez-moi de vous exprimer le regret que le *Concours* n'ait pas cru devoir répondre à la question si nette que lui a posée dernièrement M. le Dr X. de Maisons-Laffite et à la solution de laquelle plus d'un médecin attache à bon droit une réelle importance :

« Si je recommandais à mes clients de ne plus « s'adresser désormais à cette officine, le phar- « macien X. serait-il fondé à me réclamer des « dommages-intérêts? »

Ayant eu à traiter dernièrement devant notre Société cette question: *Des rapports des médecins avec les pharmaciens*, j'ai dû me préoccuper de la question posée par notre confrère et l'ai résolue en ce sens:

« L'intérêt du médecin et celui de ses clients « exigent que le pharmacien et le médecin soient « en bons termes; en effet, le médecin est natu- « rellement enclin, quoique le plus souvent in- « justement peut-être, à douter de l'exécution ex- « acte de ses ordonnances par un pharmacien « qui lui est hostile; en outre, il doit craindre « que celui-ci ne le desserve par des observations « et des réflexions désobligeantes auprès de « son client ; enfin un lapsus relatif à la dose « ou à l'incompatibilité de substances associées « échappe facilement au médecin le plus prudent « et le plus attentif; ce lapsus pourra ne pas lui « être signalé par un pharmacien malveillant. Le « médecin se trouve cloué parfois — pour ne pas « dire toujours — sous la dépendance réelle du « pharmacien relativement à l'exécution de ses « ordonnances; aussi la prudence la plus vulgaire, « dans son propre intérêt et celui de ses clients, « exige que le médecin veille scrupuleusement à « ce que la préparation de ses formules ne soit « pas confiée à un pharmacien hostile.

« D'ailleurs, lorsque les produits d'une officine « sont certainement et habituellement défectueux, « ou lorsque la capacité du pharmacien lui est à « bon droit suspecte, le droit incontestable, et « surtout le devoir du médecin sont de conseil- « ler le choix d'une autre officine offrant toute « garantie, mais en *taisant à ses clients les* « *motifs qui provoquent son conseil*. Nous de- « vons être bien pénétrés de cette vérité, c'est que « si notre médication reste inefficace, ou si un « accident survient par suite de la défectuosité des « médicaments d'une officine, ou par l'incapacité, « l'erreur ou la malveillance d'un pharmacien, « ce n'est pas celui-ci que le public ou les parents « rendront responsable, mais presque toujours « le médecin lui-même; la réputation et l'avenir « de celui-ci peuvent donc dépendre du choix « du pharmacien: ces considérations justifient « pleinement la conduite des médecins qui adop- « tent spécialement une officine et mettent hors « de doute la légitimité de cette assertion:

« Le médecin a, sans contredit, le droit absolu « de présider au choix du pharmacien qui doit « préparer ses prescriptions. »

Dr Gauthier
Chirurgien de l'hôpital de Mamers (Sarthe).

Au moment de clore ma lettre, je reçois d'un client *nouveau*, prêtre d'une communauté voisine, cette missive qui confirme pleinement la thèse que je soutiens— Je vous autorise à en faire tel usage qu'il vous plaira. — Si le client n'avait pas été intelligent, il eut pu être empoisonné et j'eusse été responsable; en tous cas, *de par la faute du pharmacien*, j'étais exposé à le perdre, à perdre la clientèle de la communauté, du pays tout entier et à passer, comme surplus, pour un ignorant et un empoisonneur. Dr G.

Monsieur le Docteur,

« Hier, j'ai remarqué que ma vue se troublait: vers le soir, le trouble était tel que je n'ai pas pu

dire mon office; je ne distinguais plus une lettre d'une autre lettre, je ne voyais plus que des traits noirs sans liaison. En même temps, j'éprouvais une grande prostration, puis la tête alourdie me faisait bien souffrir. Je ne vis d'autre cause probable que l'action du médicament que je prenais : granules de Sulfate d'Atropine. J'eus l'idée de revoir votre ordonnance et de la comparer avec la préparation faite par le pharmacien, grande fut ma surprise en remarquant qu'au lieu de la dose 1/2 milligr. par vous prescrite, les granules étaient dosés à 1 milligr. c'est-à-dire, le double. Je cessai d'en faire usage jusqu'à nouvel ordre de votre part — et aujourd'hui je vais moins mal; cependant je ne vois pas parfaitement, en vous écrivant etc.

Veuillez agréer, etc. » P.

Nous avions répondu, en quelques lignes de correspondance, à M. le Dr Lick, de Maisons-Lafitte. Nous sommes heureux de la façon dont M. le Dr Gautier a suppléé à notre brièveté.

II

Médecins étrangers.

On ne saurait trop applaudir aux recommandations adressées par le préfet de police à ses agents pour surveiller attentivement les médecins étrangers qui exercent en France.

De même que l'amphytrion connaissait ceux qu'il recevait, le médecin de jadis connaissait ses malades et était connu d'eux. Habitant depuis de de longues années dans une localité, il était au courant du tempérament de chacun et des maladies régnantes dans la région.

Aujourd'hui il n'en est plus ainsi.

Le médecin étranger, en effet, a pris dans nos mœurs une importance considérable. Pendant que nos jeunes gens s'imposent dix années d'études coûteuses pour arriver à obtenir le fameux diplôme, un malin laisse tranquillement les naïfs suivre la grande route, il gagne un sentier détourné et il est arrivé, il est posé, il est riche avant que le malheureux étudiant ait passé sa dernière thèse.

Ceux qui observent de près cette vie parisienne actuelle si étrange, si troublante par ses côtés obcurs, et regardent avec si peu d'attention, sont stupéfaits des changements à vue qui s'accomplissent. On vient s'établir médecin comme on s'établirait restaurateur, avec moins de formalités encore. Nul ne s'en étonne, car la légèreté est le caractéristique de l'époque : on sourit parfois; parfois aussi, grâce à l'indifférence universelle, on s'imagine que le monsieur qu'on croyait avoir connu employé pouvait bien, après tout, avoir été déjà médecin autrefois.

Le vrai médecin étranger, cependant, n'est pas celui qui, blackboulé en France, a été acheter son diplôme en Amérique ou qui s'est adressé à cette ville d'Iéna qui, devenue une Faculté de médecine après avoir été un champ de bataille, semble prédestinée aux œuvres où la mort remplit le rôle principal.

Le vrai médecin étranger c'est... Kirikiki, par exemple, vous savez, l'éminent Kirikiki, l'illustre Kirikiki qui traite par-dessous la jambe nos gloires les plus éclatantes et auquel personne ne se permettrait de demander s'il a un diplôme quelconque.....

Le succès de Kirikiki s'explique par l'engouement inconcevable, stupide que nous éprouvons pour tout ce qui n'est pas français. Hier, c'était un faux prince russe qui empruntait des milliers de francs sur un diamant taillé dans un bouchon de carafe. Aujourd'hui, c'est un ancien domestique qui se fait passer pour un grand seigneur péruvien et qui trouve moyen de contracter cinq ou six cent mille francs de dettes. Demain ce sera un Haïtien fraîchement débarqué qui obtiendra l'entrée des cercles les plus difficiles en présentant seulement sa carte de visite.

Si un Français venait loyalement dire à un restaurateur : « Je suis votre compatriote, voulez-vous me faire crédit d'un déjeuner? je vous payerai si je fais fortune! » Le restaurateur n'aurait pas assez de garçons pour mettre le mauvais plaisant à la porte. Si un Normand ou un Breton tenait au tailleur ce langage : « Nous sommes du même pays, j'ai besoin d'une culotte, mon avenir en dépend », ce n'est pas une culotte qu'il remporterait, mais une *veste*.....

La scène change dès qu'il s'agit d'un étranger. Rien n'est trop beau, trop coûteux, trop cher. On craindrait de l'humilier en demandant à voir la couleur de son argent; on est trop heureux d'être honoré de sa confiance pour l'interroger sur l'endroit précis ou se trouve son duché, son comté, ou sa baronnie.

Voilà donc Kirikiki, l'Esculape exotique, installé : il mange, il a un appartement superbe et ne peut suffire à ses clients. Vous pensez qu'il va bénir cette *dulce terre de France*, comme chantait Marie-Stuart, qu'il va accabler de marques de reconnaissance ce peuple qui l'a accueilli à son foyer, qui lui a donné le luxe, tandis que tant de ses enfants manquent du nécessaire. Vous ne connaissez pas Kirikiki? Ecoutez-le plutôt après quelque copieux dîner où il occupait la meilleure place :

« Vous autres Français, maxime-t-il, vous avez une qualité, c'est que vous ne savez rien; vous êtes d'ailleurs une nation en pleine décadence. Entre savants, nous appelons matière extractive, ce qui, n'ayant plus les conditions de la vie, est condamné à périr; vous êtes de la matière extractive et vous disparaîtrez devant des races plus jeunes, plus robustes, plus honnêtes. »

Vous croyez que tout le monde se récriera et priera Kirikiki d'aller pérorer ailleurs; nullement. Il y a là des jeunes hommes qui ont vaillament combattu pendant la guerre, des jeunes mères charmantes qui ne sont point corrompues du tout, des vieillards qui comptent toute une existence d'honneur; ils écoutent Kirikiki bouche béante.

Kirikiki peut diffamer impunément le pays qui

lui offre l'hospitalité, et il use largement de cette permission, je vous en réponds, sous prétexte de parler de l'avenir des races.

Kirikiki est communaliste et *bakouniste*. Il ne cache point que l'hôtel, où on le reçoit du mieux qu'on peut, sera livré aux flammes d'ici à quelques années. Kirikiki croit qu'il faut changer radicalement les rapports de l'homme et de la femme, et abolir le mariage, et il le dit devant des époux qui s'adorent. Personne ne proteste. Que voulez-vous ? c'est Kirikiki, le célèbre médecin étranger !.....

Dans un coin du salon, voici quelque docteur récemment reçu. Il a perdu du temps pour ses études, car pendant les années terribles, il était dans les ambulances, ramassant les blessés sur les champs de bataille, sans attendre que la fusillade ait cessé.

Il est timide et n'ose pas formuler à propos de tout des affirmations catégoriques, car il a vu les professeurs éminents, les maîtres qu'il révère, se tromper eux-mêmes quelquefois. Il a le dévouement de ceux qui commencent et la circonspection de ceux qui savent. A peine si l'on prête attention à lui ; si madame est malade on appellera Kirikiki, on cassera la sonnette de Kirikiki, quant au jeune médecin français, on le choisira pour la livrée, — on le mandera pour la cuisine, qu'importe ! La cuisine est un lieu sacré maintenant.

C'est là que repose l'instrument qui nous délivrera, c'est là que se trouve le balai qui en une heure, au moment favorable, nous débarrassera de ce multiple Kirikiki, faux médecin, faux savant, faux politique, faux philanthrope, enfin de tous ces réformateurs qui profitent de notre candeur pour vivre chez nous en parasites effrontés, et nous jouer les tours les plus désastreux.

(*Le Sport*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paracentèse du péricarde.

M. *Rendu* présente à la *Société médicale des hôpitaux* un jeune homme auquel il a pratiqué la paracentèse du péricarde. Il était entré à l'hôpital Tenon avec des phénomènes généraux typhoïdes ; bientôt de l'asystolie s'était déclarée et on constata alors un signe qui permit d'affirmer la grande abondance de l'épanchement, signe qui n'a été indiqué nulle part : c'est un *bruit skodique* entendu en arrière dans la fosse sous-épineuse, avec conservation de la sonorité à la partie inférieure du poumon. On fit une saignée qui calma le malade, mais les accidents s'aggravèrent et M. Rendu se décida à la ponction du péricarde. Tous les auteurs conseillent de ponctionner le péricarde dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres du bord gauche du sternum, là où le péricarde est séparé de la plèvre ; mais cette pratique paraît mauvaise à M. Rendu, car si l'on ponctionne trop en dedans, on risque de blesser l'artère mammaire interne ; si l'on ponctionne trop en dehors, on risque de blesser le cœur, qui est toujours dilaté dans les épanchements péricardiques ; si on ponctionne trop bas, l'on peut blesser la plèvre avec le péricarde. M. Rendu a fait la ponction un peu au-dessous du point où bat la pointe du cœur, sur une ligne verticale, à 5 centimètres au-dessous du mamelon, et à 8 centimètres de la ligne verticale, dans le sixième espace intercostal. Il a retiré 950 centilitres de liquide. A la suite de la ponction, on observa une congestion pulmonaire assez intense avec fièvre qui donna quelques inquiétudes. Au bout de trois semaines, on entendit de nouveau des frottements péricardiques indiquant que l'épanchement ne s'était pas reproduit.

Un mois après la ponction, à la suite d'un refroidissement, le malade fut atteint d'une pleurésie gauche qui guérit assez rapidement.

Aujourd'hui, les bruits du cœur sont très assourdis, le pouls est petit ; il y a évidemment symphyse cardiaque. Mais le liquide ne s'est pas reproduit, le malade est capable de travailler un peu ; il peut être considéré comme guéri.

On peut voir sur le malade de M. Rendu la petite cictarice cutanée de la paracentèse péricardique.

M. Laboulbène. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Rendu, car, dans ce moment, j'hésite à pratiquer la ponction du péricarde chez un de mes malades atteint à la fois de péricardite et de pleurésie. L'épanchement pleurétique a été ponctionné plusieurs fois et il reste une matité précordiale qui me fait croire à l'existence d'un épanchement péricardique. Je prie M. Rendu de vouloir bien venir voir mon malade pour me donner son avis.

M. Rendu. Je ne connais rien de plus difficile que le diagnostic de la péricardite, snrtout quand on n'a pas suivi l'évolution de la maladie. Chez mon malade, si je n'avais pas constaté des frottements avant les signes de l'épanchement, je n'aurais pas ponctionné.

M. C. Paul. La paracentèse du péricarde est une opération devant laquelle on recule pour plusieurs raisons : 1° à cause de la difficulté du diagnostic ; 2° à cause de la difficulté de l'opération, 3° à cause de l'insuccès presque constant. Il faut, en effet, comme le dit M. Rendu, avoir suivi l'évolution complète de la maladie pour se décider à l'opération.

Quant au siège de la ponction, il ne faut jamais la tenter à droite, car on est sûr de pénétrer dans l'oreillette droite. C'est à gauche, et seulement dans la région de la pointe du cœur, qu'on peut espérer pénétrer dans le péricarde sans léser le cœur. Il vaut mieux avoir égard comme point de repère, aux côtes dont la position est invariable et à la région où bat la pointe du cœur, qu'au mamelon. qui est un point répère infidèle, surtout chez les femmes.

M. Rendu. Théoriquement, ce que dit M. Paul, est inattaquable, mais il ne faut pas oublier que 9 fois sur 10, le poumon recouvre la pointe du cœur, ce qui peut causer des accidents.

M. Bucquoy. Les rapports du cœur avec le péricarde, indiqués par M. Paul, qui sont exacts à l'état normal, ne sont pas les mêmes quand il y a un épanchement. Le diaphragme est abaissé par l'épanchement et le péricarde est distendu, tandis que le cœur reste suspendu par ses attaches vasculaires supérieures.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

***

Maladie de Bright; troubles de la miction et de la sensibilité.

M. Dieulafoy fait à la *Société des hôpitaux* une communication relative à quelques troubles fonctionnels qu'on observe dans la maladie de Bright.

1° C'est le besoin fréquent d'uriner, qu'il ne faut pas confondre avec la sécrétion abondante des urines. Ce besoin fréquent d'uriner est désigné sous le nom de *pollakiurie* (*pollakis*, souvent)

La pollakiurie est précoce, tardive ou douloureuse.

a. La pollakiurie précoce est souvent le symptôme du début; elle n'est pas accompagnée de polyurie.

b. La pollakiurie tardive s'observe fréquemment.

c. La pollakiurie douloureuse a été observée deux fois par M. Dieulafoy. Elle est caractérisée par des mictions fréquentes, peu abondantes et suivies chaque fois d'une sensation douloureuse de ténesme et de spasme vésical.

Comment expliquer cette pollakiurie? Y-a-t-il modification de l'urine? Y a-t-il action réflexe du rein sur la vessie? M. Dieulafoy ne peut se prononcer.

2° Les *démangeaisons* qu'on observe si fréquemment peuvent se distinguer en trois variétés :

a. Il y a le prurit simple, sans éruption ni rougeur, sans anesthésie ni hyperesthésie, qu'on a attribué sans preuve certaine tantôt à l'urémie, tantôt à l'élimination de l'urée par la peau.

b. Il y a la sensation de fourmillement, que les malades comparent à celle que produirait la présence d'un cheveu sur la peau.

c. Il y a la sensation analogue à celle que produirait le fourmillement, le chatouillement occasionné par la présence d'un insecte, d'une fourmi.

d. Il y a la sensation *du doigt mort*, qui, d'après une observation de M. Debove, pourrait se terminer par la mort.

***

Sur les solutions de caféine pour les injections hypodermiques.

La caféine pure exige quatre-vint-treize fois son poids d'eau pour une dissolution complète, aussi n'a-t-elle pu, jusqu'ici, être employée couramment en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube de liquide ne renfermant qu'un peu plus de 1 centigramme de principe actif. Or, la plupart des sels de caféine proposés dans ce but, acétate, valérianate, lactate se décomposent, en présence de l'eau, en acide libre et caféine qui se précipite à cause de son faible degré de solubilité. Les sels à acides minéraux, sulfate, chlorhydrate, bromhydrate, sont peu stables et n'offrent aucun avantage, le titre de la solution restant toujours incertain. M. Tanret a cherché à obtenir un sel de caféine au moyen de l'acide chlorigénique qui lui est associé dans le café, ainsi que l'a démontré Payen; malheureusement ce sel est d'une préparation difficile et laborieuse. Il a eu dès lors recours à des acides similaires, tels que l'acide benzoïque, cinnamique et salicylique, il a pu obtenir ainsi des sels doubles de caféine et de soude, présentant l'avantage d'être solubles dans d'assez fortes proportions et d'avoir une composition constante. On prépare avec la benzoate double de caféine et de soude une solution renfermant 20 centigrammes d'alcaloïde par centimètre cube; la solution de salicylate double en contient de 25 à 30 centigrammes par centimètre cube. Les solutions de benzoate et de salicylate sont ordinairement alcalines; on les neutralise au moyen de l'acide correspondant. Ces sels n'ont pas cependant une stabilité très grande, car ils se décomposent lorsqu'on traite leur solution par le chloroforme, et la caféine, moins soluble que le sel lui-même, est précipitée.

(*Société de Thérapeutique et Revue de Thérapeutique*).

***

Empoisonnement par le faux ébénier.

— Il s'agit de deux cas de mort à la suite de l'ingestion de parties indéterminées de cet arbre par deux petites filles, âgées l'une de huit ans, l'autre de trois. Probablement étaient-ce des gousses que ces enfants avaient avalées. La fille aînée fut prise de vomissements et de diarrhée. Elle se plaignait de maux de tête et tomba bientôt dans une grande prostration. Au bout de six heures, les vomissements et la diarrhée avaient cessé. Mais la respiration était devenue bruyante et resta ainsi jusqu'à la mort, qui survint quatorze heures après le début des accidents. Dès le lendemain, sa jeune sœur tombait malade à son tour; elle se sentait fatiguée, engourdie, et vomissait fréquemment. Elle eut deux selles diarrhéiques. Au bout de cinq heures, elle fut prise de convulsions qui persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu huit heures après le commencement de la maladie.

A l'autopsie, on trouva des traces d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Le tube digestif ne renfermait aucun débris végétal. Mais on put extraire des deux corps l'alcaloïde du faux ébénier, la *cytisine*, qui présentait ses réactions ordinaires et avec laquelle on determina des phénomèmes d'intoxication mortelle chez des animaux.

(*Brit. méd. Journal. et Gazette médicale*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS

Action thérapeutique de l'ergot. — *Le « New-York médical Journal and obstetrical Review,* » dans son numéro du mois de mars 1882, publie la dernière partie d'une étude sur l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot, par le Dr *Etienne Evetzki*. Dans cet article, l'auteur envisage principalement l'action de l'ergot dans *l'atonie viscérale.* » Il y a, dit-il, un grand nombre de maladies dont le caractère essentiel est un défaut d'innervation des tissus musculaires qui entrent dans la composition d'un organe donné.

Dans certain cas, il est vrai, cet état de relâchement n'est que secondaire et dépend d'un processus inflammatoire qui s'est déclaré dans l'organe en question; mais on peut affirmer que, dans la majorité des cas, nous avons affaire à une atonie primitive et à une innervation défectueuse. Quel que doive être le résultat pathologique ultime de ces différentes affections, la pratique usuelle consiste dans l'emploi des différents excito-moteurs, tels que la strychnine, l'électricité, les douches, le massage, etc. Maintenant, lorsque l'on considère que la principale action physiologique de l'ergot consiste dans la stimultion des centres excito-moteurs de la vie organique, il y a lieu d'être surpris que son emploi ne soit pas plus répandu dans les cas dont il s'agit, d'autant plus que l'ergot à une action supérieure à celle de tout autre excito-moteur. »

— L'auteur examine ensuite les états pathologiques suivants :

1o *Atonie de l'estomac.* — Quand il n'y a pas de lésion définie de l'organe, en d'autres termes, quand le patient souffre de *dyspepsie atonique*, c'est qu'il y a un défaut d'innervation aussi bien dans la portion glandulaire que dans la portion musculaire de l'estomac; l'ergot est indiqué dans ce cas, comme dans la *dilatation de l'estomac* d'origine nerveuse.

2o *Atonie des intestins*, manifestée par *la constipation.* Cette constipation opiniâtre, due le plus souvent à des habitudes irrégulières ou à une vie sédentaire, et contre laquelle la plupart des purgatifs sont sans effet et même nuisibles, cède facilement à l'emploi méthodique des préparations ergotées.

Ces préparations, parmi lesquelles *l'extrait fluide* tient le premier rang, doivent leur efficacité à la propriété qu'elles ont d'exciter et d'augmenter les mouvements péristaltiques des intestins. L'ergot doit être également employé pour combattre la constipation due à l'emploi prolongé des narcotiques, et celle qui accompagne la péritonite.

3o *L'atonie des sphincters de l'anus*, amenant la chute du rectum, et la paralysie du sphincter anal survenant après un accouchement laborieux, cèdent en quelques jours à des injections hypodermiques d'ergotine, faites dans le voisinage de l'anus.

4o *La hernie étranglée*, qui a résisté à toutes les tentatives de taxis, se montre facilement réductible aprés des injections d'ergotine.

5o *L'atonie de la vessie*, due à une maladie de la moelle épinière ou à un désordre fonctionnel quelconque, cède invariablement à l'ergot. On l'a employé aussi avec succès dans certains cas *d'incontinence d'urine* qui dataient de fort longtemps, — quinze ans; — et en moins de quinze jours, il s'était produit une amélioration marquée. On réussit également, par ce moyen, à combattre les *retentions d'urine* qui se montrent quelques fois dans le cours de maladies constitutionnelles graves.

6o *L'atonie de l'utérus et de ses ligaments* ne saurait jamais être combattue par un meilleur remède que l'ergot; tout le monde sait cela; mais dans les *déplacements* de cet organe, *flexions et versions*, surtout, lorsqu'ils sont dus à un état de relâchement du tissus musculaire de l'urérus et de ses ligaments, le traitement par les préparation d'ergot donne encore les résultats les plus satisfaisants, surtout si l'on a soin d'y associer l'emploi local de l'électricité, des douches, des toniques, etc. — L'auteur préconise aussi l'emploi de l'ergot : 1o dans les *hypertrophies* des tissus musculaires de la vie organique, *tumeur de l'utérus, hypertrophies de l'utérus* et *de la prostate, hypertrophie de la rate*, etc.; 2o dans les *sécrétions anormales* des membranes muqueuses ou des glandes, galactorrhée, blennorrhée, prostatorrhée, etc.; 3o dans le *Diabète insipide* qu'il guérit en peu de temps, et même dans le diabète sucré qu'il améliore; 4o dans *les névralgies* qui dépendent de troubles vasculaires; 5o enfin dans le RHUMATISME. L'ergot avait été administré dans ce dernier cas pour arrêter une hémorrhagie et les symptômes du rhumatisme, s'amendèrent à un tel point que l'on continua le traitement; dans deux autres cas de rhumatisme on essaya encore l'ergot; et dans *les trois cas, ses effets furent merveilleux.*

* *
*

Injection d'une solution de nitrate d'argent dans un anévrysme de l'arcade palmaire superficielle, suivie de gangrène de la main, et d'amputation.

Un enfant de sept ans tombe la main sur une pierre et se fait une blessure à l'éminence hypothéner, sur le côté externe, vers le pouce. Une légère tumeur marqua la place de la cicatrice; au bout de quelques semaines cette tumeur était du volume d'une cerise ordinaire, un peu douloureuse, et manifestement pulsatile; les pulsations étaient arrêtées par la compression de l'artère. Le Dr B. de l'état Delaware, appelé à donner ses soins à cette enfant, diagnostique un anévrysme: et à l'aide d'une seringue hypodermique, injecta des gouttes de la solution de Monsel pue, c'est-à-dire non étendue d'eau. —La solution de Monsel est une solution de nitrate d'argent dont nous ne connaissons pas *exactement le titre.* Les pulsations cessèrent immédiatement; le pouce et les autres doigts blanchirent d'abord ; mais le lendemain matin ils étaient noirs et froids. — Le Dr. W. Keen, de Philadelphie fut alors appelé. Il trouva la jeune malade dans de grandes souffrances; mais l'état général était assez bon. Il fut évident pour lui qu'on avait affaire à une gangrène de la main. Dans l'espoir de sauver le pouce et une portion de l'index, le Dr Keen résolut d'attendre; il ordonna un pansement simple et des cataplasmes. Pendant les huit jours suivants, il n'y eut guère d'amélioration dans l'état de la main; quant à l'état général, il commença à devenir alarmant : pouls à 120 ; température 39o, 6. Comme la ligne de démarcation était parfaitement établie, on résolut de pratiquer l'amputation. Elle fut faite au-dessus du poignet, suivant la méthode antiseptique. Dix jours aprés, l'enfant pouvait être considérée comme hors de danger. La dissection qui fut faite ensuite montra que le Dr B. était malheureusement tombé sur une anomalie de l'arcade palmaire superficielle, qui ne présentait pas

cette fois, de rameau radio-palmaire et qui était entièrement formée par l'arthère cubitale, laquelle, d'ailleurs, fournissait la branche externe de l'index et la branche interne du pouce. Ce fait rend parfaitement compte de l'envahissement du pouce et de l'index par la gangrène. L'anévrysme était formé sur la branche interosseuse, entre le ligament annulaire et les deux derniers doigts, juste au-dessous de la terminaison de l'artère cubitale. Ce qui explique comment la solution astringente avait trouvé une voie aussi rapide que désastreuse. Le caillot remontait dans l'artère cubitale jusqu'un peu au-dessus du poignet. — Nous avons trouvé d'autant plus utile de relater ce fait que *l'Ohio medical Journal* et le *Philadelphia medical Times* (10 sept. 1881) relatent plusieurs accidents analogues, dans lesquels l'injection de quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent pour le traitement d'un *nœvus*, amena la perte de deux ou trois doigts de la main, par suite de gangrène.

(Annals of Anatomy and Sugery, mars 1882.)

* * *

Mort à la suite d'ovariotomie, attribuée aux ponctions antérieures.

D'aprés les statistiques anglaises et américaines, la mortalité n'est plus que de 3 ou 4 pour 100 dans l'opérations d'ovariotomie. Ainsi, quand l'opération est reconnue posible, il n'y a plus lieu de pratiquer de ponctions plus ou moins complétes. On partagera surtout cet avis, quand on saura que sur les cent dernières opérations pratiquées par le Dr *Lawson Toit* de Birmingham, dans le but d'enlever des kystes de l'ovaire, il n'a eu à déplorer que trois morts ; et ces trois femmes qui sont mortes avaient subi auparavant une ou plusieurs ponctions. — Donc plus de ponctions. Et voici comment l'auteur justifie son opinion.

Le liquide extrait par les ponctions des kytes de l'ovaire, est fortement albumineux ; et comme ce liquide est formé au dépens du sang, il en résulte que celui-ci, privé ainsi d'une grande partie de ses éléments, acquiert une plus forte tendance à se coaguler, et, par conséquent à amener la mort par embolie ou par infarctus cardiaque (heart-clot) — Une malade, à qui on avait fait de nomreuses ponctions et à qui on avait retiré en trois an plus de *300 litres de liquide* (?), voulut à la fin subi l'opération radicale à laquelle le Dr Lawson se refusait, comme il l'avait prévu, elle mourut 36 heures après l'opération.

Maintenant s'il s'agit de malades qui n'ont jamais été ponctionnées, l'auteur croit pouvoir affirmer qu'il n'en meurt pas une sur cent.

(*Extrait du medical Record*).
Dr Pombourcq.

COURRIER

Des soins à donner pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Par le Dr. Grellety, médecin-consultant à Vichy.

Avec une maladie aussi perfide que la fièvre typhoïde, on ne peut se flatter d'avoir vaincu complètement que longtemps après l'apparition de la convalescence. Cette période, malgré les légitimes espérances qu'elle comporte, est pleine de surprises. Elle réclame encore de minutieuses précautions, si on ne veut pas perdre le bénéfice des résultats acquis, si on veut prévenir les complications tardives qui amènent une terminaison fatale, au moment où on touchait au port.

Du jour où la maladie entre en résolution, on peut dire que le temps des médications est passé, et que celui de l'alimentation commence réellement. Mais ce n'est pas seulement le tube digestif qui demande à être surveillé ; à partir de ce réveil rien ne saurait être indifférent : l'air, l'état de l'esprit, l'exercice, la durée du sommeil, les vêtements, aussi bien que la nature et la qualité des aliments, devront faire l'objet des préoccupations constantes du médecin. Je suis convaincu que les principales causes de rechûtes sont les écarts de régime alimentaire, ainsi que le séjour hors du lit et l'exercice musculaire prématuré.

Examinons donc en détail ces divers éléments :

L'air de la chambre du malade devra être fréquemment renouvelé, sans qu'il soit pour cela exposé à des courants. A ce point de vue, le cinquième étage vaut mieux que le rez-de-chaussée, le convalescent anémié est très exposé, il ne faut pas l'oublier, à contracter des bronchites et certaines pneumonies, dont l'issue est souvent grave.

On devra continuer à faire disparaître rapidement toutes les déjections, tous les détritus alimentaires. Le lit sera fait tous les jours. Les draps et les linges seront fréquemment renouvelés. On lavera la face du malade, son cou et ses membres, avec de l'eau tiède et du savon. L'état de l'intestin, en voie de cicatrisation, devra faire bannir tout aliment solide, dur, anguleux, difficile à digérer. Les viandes blanches, hachées ou pilées, formeront une bonne nourriture reconstitutive. Le lait, les bouillons légers peu chargés de graisse, tous les mets fluides, pourront être utilisés.

Les vins généreux, l'alcool de bonne qualité, le quinquina seront préférées aux tisanes trop abondantes et aux sirops. L'eau que boit le malade, devra être filtrée ou bouillie, si sa provenance est douteuse, à n'importe quel titre.

Le patient pourra commencer à se lever, pendant une demi-heure, puis il augmentera graduellement. Le transport à la campagne est indiqué, dès qu'il sera possible. On a remarqué que la guérison définitive est bien plus lente à arriver, lorsque le sujet reste dans le milieu infecté. La moindre élévation de température devra donner l'éveil et faire modifier le genre de vie, restreindre surtout l'usage de la viande.

Des bains de courte durée, qu'ils aient été ou non employés dans le cours de la maladie, seront prescrits, aussi bien que les soins de propreté intimes. Enfin, le malade ne reviendra pas à la vie commune avant deux mois, et même davantage selon les cas.

Lorsqu'on n'a pas eu la précaution de donner de bonne heure aux malades des aliments légers,

ou de les nourrir pendant le cours de la maladie, il peut se faire que l'estomac soit dans une atonie complète, et inapte à digérer les mets qui lui sont confiés.

Tandis que le plus souvent on a à lutter contre un besoin impérieux d'alimentation désordonnée et illogique, on se heurte parfois à une répugnance insurmontable pour toute espèce de liquides ou de solides.

Voici la conduite à tenir dans ces deux cas opposés.

Pour combattre le défaut absolu d'appétit, on a conseillé les promenades en voiture d'abord, à pied ensuite, au grand air, à la campagne de préférence; l'usage de la pepsine (1 gramme enveloppé dans du pain azyme ou mêlé à une cuillerée de potage, au commencement du repas); diverses eaux minérales et digestives, surtout les sources qui contiennent du fer et de l'arsenic, et se combinent très bien avec le vin; l'usage des amers et particulièrement des macérations de quassia, etc.

Pour remédier aux sérieux inconvénients d'un appétit déréglé, on apportera un soin tout partilier au choix des mets, en se préoccupant de leur facile digestion, de leur administration à époques rapprochées, de leur plus grande variété. La mastication devra être prolongée et complète.

Dans l'un et l'autre cas, il faudra avoir recours aux toniques, anx reconstituants, alterner par exemple la liqueur de Fowler, prise au moment du déjeuner et du dîner (cinq à six gouttes, dans un peu d'eau sucrée), avec une préparation ferrugineuse facilement assimilable.

Je n'indique jamais que les préparations liquides, qui fatiguent moins le tube digestif et sont mieux absorbées que des produits solides. Les pilules sont en effet souvent éliminées, sans avoir été entamées; leur dosage est aussi moins sûr.

Il n'y aura pas lieu de se décourager, si, la secrétion du suc gastrique étant diminuée, la sensation de besoin est longue à se rétablir. Il est rare que la nature ne finisse pas par prendre le dessus, lorsqu'on n'attend pas que le malade réclame des aliments pour lui donner, et si surtout on admet les plus profitables par petites doses, fréquémment répétées. Avec des tâtonnements et des essais continuels, l'estomac reprendra peu à peu sa faculté élaboratoire et retiendra les aliments ingérés. L'excitation de plus en plus vive qu'il subira, loin de l'enflammer et de l'irriter, lui facilitera sa tâche. Les aptitudes perdues se retrouveront et l'on verra peu à peu le malade renaître à une nouvelle vie.

Toute complication réclamera des soins appropriés. Je n'ai pas à m'y arrêter. Je me bornerai à signaler, en terminant, les bons effets de cette médication morale, qui tend à éloigner les idées sombres et marche toujours en compagnie de l'espérance.

A toutes les phases de la maladie, pourvu qu'il reste une lueur d'intelligence, il faut savoir ranimer les courages abattus. J'attache un grand prix à ces exhortations bienveillantes, qui raniment le cœur, préviennent la dépression et le désespoir. Un malade réconforté, rassuré sur le danger qu'il court, est bien plus apte à bénéficier du traitement interne ou externe. Les chances de guérison deviennent plus nombreuses et le retour à la santé vient souvent réaliser le rêve caressé par le client et souhaité par son guide.

Aux diverses époques de la maladie, mais surtout lorsque la compréhension reparaît, on doit faire régner autour du malade le calme et la tranquillité, écarter de son lit les indiscrets, les figures curieuses ou effrayées, capables de produire sur son esprit de regrettables impressions; éloignez, enfin, dans les cas malheureux, tout ce qui pourrait augmenter les terreurs et l'amertume de la suprême épreuve !

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Association et Syndicat

Nous avons cité, il y a quelques jours, les lignes que l'honorable *M. Martineau*, secrétaire de l'Association générale des Médecins de France, consacrait aux *Syndicats Médicaux* dans la séance du 16 avril dernier. Nous venons de relire ce travail et, comme au sortir d'un rêve, nous nous croyons encore sous le coup d'une de ces illusions qui, même après le réveil, nous permettent à peine de discerner la vérité. On est, en effet, ravi de voir avec quelle sérénité académique M. le Dr Martineau envisage la situation du corps médical. Si plus de vingt années de pratique au milieu de populations rurales qui ne valent ni moins ni plus que la moyenne des populations rurales en France, ne nous obligeaient à considérer autrement les choses de notre profession, nous serions tenté de nous écrier que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et que la carrière médicale est la plus digne d'envie.

Malheureusement les faits sont là qui, dans leur brutalité, parlent plus haut que toutes les considérations de sentiment, et nous sommes bien contraint de reconnaître, ainsi que l'a fait M. le Dr *Mignot*, dans la séance de l'Association locale de la *Nièvre*, en date du 27 juin 1881, qu'au point de vue de la PROTECTION *de ses membres, l'Association générale* n'a pas répondu aux espérances conçues. Loin de voir tout en rose, notre honorable confrère fait remarquer que chaque annnée voit augmenter le nombre des pensionnaires de l'Association; puis il ajoute en forme de commentaire : « Nous n'avons pas « lieu d'être heureux d'une augmentation aussi rapide, « car c'est une preuve que notre profession ne donne pas « toujours, non pas la fortune, mais la juste rémunéra- « tion du travail et des peines qu'elle comporte. »

Si le médecin était justement rémunéré de ses peines, s'il n'était pas constamment exposé à voir contester ses plus légitimes revendications, nous n'aurions pas lu dans le discours prononcé par M. *Denucé*, président de

l'Association de la *Gironde*, à la réunion du 30 mars 1882, la pénible confession que voici : «........ Nous avons « pu, pour revenir *à une note plus gaie*, rendre à un de « nos collègues, qui venait de perdre son unique sou- « tien, le compagnon de ses longues tournées dans un « pays ingrat, un cheval pour remplacer celui qui « venait de succomber à la peine, emportant le plus « clair de ses ressources et son véritable gagne-pain. »

Une note gaie, cela ! bon Dieu !!! Vous vous trompez monsieur le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ! Cette note n'est pas gaie, et, après l'avoir entendue résonner, on se sent pris d'un douloureux serrement de cœur : C'est navrant, voilà tout ! L'Association a fait œuvre d'assistance ; elle a rempli un des rôles qu'elle devait tenir et nous ne saurions trop la féliciter à ce sujet. Mais il aurait, ce me semble, mieux valu prévenir la possibilité d'une pareille situation que se trouver, aujourd'hui, dans la triste nécessité de secourir une si cruelle infortune. Or, pour cela, qu'aurait il fallu ? — Il aurait fallu, depuis longtemps, protéger le médecin contre les envahissements de son honorable mais trop ingrate profession. Si les honoraires avaient été mis en harmonie avec les besoins de l'époque, si le recouvrement en eut été plus facile, si le plus clair de ce qu'il aurait pu prétendre toucher ne lui avait été enlevé pour passer dans la poche des charlatans, des rebouteurs ou des sorciers, des magnétiseurs lucides ou non lucides, notre malheureux confrère aurait pu faire face à une dépense imprévue et l'humiliation de demander lui eut été épargnée. Combien, aussi, c'eût été plus digne pour le corps médical tout entier !

Union du corps médical, relèvement des tarifs d'honoraires vis-à-vis des pouvoirs publics pour la vaccination, la revaccinatiou, la médecine des indigents, l'inspection des enfants assistés. les expertises médico-légales, poursuite des faits d'exercice illégal, des faits de charlatanisme, « tel est le but, dit M. Martineau, que désire « obtenir le Syndicat médical ; tel est, aussi le but que « poursuit, *non sans succès*, je le dis hautement, l'Asso- « ciation générale des Médecins de France depuis sa « fondations. » (*Union médicale*, 1882 p. 711).

Non sans succès ! Il est vrai que M. Martineau vien de parler des syndicats médicaux qu'il repousse ! ! Hélas ! nous savons tous qu'il y a loin de la coupe aux lèvres ! Mais, en revanche, et par une étrange singularité de notre nature, nous aimons à caresser nos espérances, et à prendre nos illusions pour des réalités. Nous croyons volontiers que telle était la situation d'esprit de l'honorable Dr Martineau quand il a écrit ces mots. Sans doute, par leur union, les membres de l'Association ont bien pu obtenir quelques améliorations depuis longtemps souhaitées ; mais, malheureusement, ces résultats ont été locaux et incomplets. Ainsi que le dit lui-même M. le Dr Martineau, loc. cit. p. 709, « si dans « quelques départements, la médecine des indigents, l'ins- « pection des enfants en nourrice fonctionnent avec régula- « rité, *dans le plus grand nombre, il n'existe aucune « organisation*; la loi même n'est pas exécutée, les com- « missions communales ne remplissent pas la mission « que la loi leur impose ... » Et plus loin. « L'Association « au point de vue de ses rapports avec les pouvoirs, « publics, est *en progrès lents*, il est vrai, mais réels. « A vous de favoriser cette impulsion en prenant pour ex- « emple ce qui s'est fait dans quelques-unes de nos So- « ciétés, en réclamant, comme un droit, l'organisation « de tous les services d'inspection et de la médecine des « indigents ..... » . Il me semble d'après tout cela que nous n'avons guère lieu d'être satisfaits ...... Et enfin : « Ainsi que tous vos rapporteurs, je pourrais vous « signaler des faits d'exercice illégal de la médecine, « des faits de charlatanisme tellement éhontés qu'on a « peine à les croire possibles dans notre siècle de progrès « et de lumières, je préfère m'en abstenir ... je dirai « seulement que le délit de l'exercice illégal de la mé- « decine semble être moins fréquent que par le passé. « Les médicastres y mettent-ils plus de réserves ? Nos « confrères sont-ils moins attentifs à relever ce délit ! « Est-ce négligence ou lassitude ? N'est-ce pas plutôt « une pure illusion de ma part ? ... »

Assurément, c'est une illusion ! Nous retrouvons, en effet, dans un grand nombre des communications que nous recevons de toutes les parties de la France, un point commun ; c'est une plainte unanime contre l'envahissement de la médecine par les guérisseurs de toute sorte qui étalent effrontément, et au grand jour, les faits d'exercice illégal les plus scandaleux (1). J'AI VU un membre de l'Association, mort aujourd'hui — un indigne celui-là— accompagner dans ses tournées, un de ces rebouteurs qui exploitent encore actuellement, au vu et au su de tout le monde, les imbéciles qui ont la sottise de se confier à lui. Et ce fait n'est pas unique. Il n'existe *pas un seul arrondissement* en France, pas un seul, entendez-vous, qui ne soit affligé d'un ou de plusieurs de ces personnages auxquels tout semble permis. Si les médecins ne disent plus rien, c'est par lassitude, découragement et dégoût ! C'est surtout parce qu'ils savent bien qu'en exerçant des poursuites, ils n'obtiendraient qu'une compensation dérisoire et feraient au PERSECUTÉ la plus éclatante réclame qu'on puisse imaginer. Quant aux parquets chargés de veiller à l'application des lois .... ils ont bien autre chose à faire.

(*à suivre*,) Dr AD. BARAT DULAURIER.
Ex-interne des hôpitaux de Paris.
Secrétaire de la Commission générale des Syndicats.

BIBLIOGRAPHIE

Répertoire des traitements nouveaux, par le Dr Jules Vindevogel. Bruxelles.

L'Année médicale (1881) vient de paraître à la librairie E. Plon et Cie. Cette utile publication, qui est à sa quatrième année, est fort appréciée du public médical dans la bibliographie duquel elle comble une lacune importante. Le volume de cette année a été augmenté des faits nécrologiques et de l'indication des principales réformes accomplies dans l'enseignement médical et dans l'assistance publique.

(1) Voir, par exemple, dans le dernier numéro du *Concours*, la citation empruntée à M. le Dr Mignot.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.
Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

29 Juillet 1882 . 4me Année. — N° 30

SOMMAIRE

BULLETIN

Au nom de M. Duboué (de Pau), M. Depaul lit une note dans laquelle l'auteur montre qu'il a été le premier à concevoir et à exprimer l'idée de la transmission du virus rabique par les nerfs jusqu'au bulbe. L'auteur cite, comme preuve de son dire, cette double conclusion à laquelle il arrivait dans un travail publié en 1879 : l'hypothèse de l'absorption du virus rabique par le sang est partout pleine d'obscurité, et n'explique aucun des phénomènes, tandis que l'hypothèse de la transmission de ce même virus par les nerfs non-seulement rend compte d'un assez grand nombre de ces phénomènes, mais permet d'en prévoir beaucoup d'autres et ouvre ainsi un champ aussi vaste qu'attrayant aux recherches expérimentales qu'on ne manquera pas d'instituer dans l'avenir.

M. Pasteur, en inoculant la rage directement à la surface du cerveau est, comme on sait, parvenu à diminuer considérablement la durée de l'incubation de cette affection et à la communiquer toujours d'une façon certaine aux animaux en expérience. M. Duboué en conclut que l'éminent expérimentateur a fait ainsi la preuve de la théorie dite nerveuse, preuve que lui-même n'avait pas été en position d'administrer d'une façon aussi éclatante ; mais il réclame pour lui l'honneur d'avoir édifié la thorie, en l'appuyant sur des faits cliniques.

Le Ministre de l'Instruction publique avait adressé à l'Académie, la question suivante : « *Combien de temps un élève, atteint d'une maladie contagieuse, doit-il être éloigné de ses camarades?* » M. *Hillairet*, au nom d'une commission dont il faisait partie avec M. H. Roger et J. Bergeron, communique un rapport qui répond à la demande du ministre. Voici le résumé des considérations développées par M. le Rapporteur :

La *varicelle*, dont la marche est souvent irrégulière, peut, dans certains cas, avoir une durée de dix à douze jours. Il faut de huit à dix jours pour la chûte des croûtes ; l'isolement devra être de *vingt-cinq jours*.

La *variole* a une période prodromique de trois à quatre jours : celle d'éruption est de quatre à cinq ; celle de suppuration des pustules de trois à quatre ; la dessication demande trois jours ; la chûte des croûtes six jours, puis vient une période de desquamation furfuracée sans limites précises. On peut donc fixer à *quarante jours* la durée moyenne de l'isolement.

Dans la *scarlatine*, la période d'invasion est de six à quarante-huit heures, exceptionnellement trois jours ; l'éruption s'effectue en cinq ou six jours (d'autres disent six à huit) ; la desquamation commence le quatorzième ou quinzième jour, elle a une durée qui varie de quinze à vingt-six jours. L'isolement devra être de *quarante jours*.

La *rougeole* a une période prodromique de trois à quatre jours en moyenne, exceptionnellement de six à huit et même douze jours. L'éruption s'effectue en douze à quarante-huit heures, puis elle décline durant environ quatre jours ; la des-

quamation dure de huit à quinze jours. Un isolement de *quarante jours* sera donc suffisant.

Les *oreillons* ont en moyenne une durée de six jours dans les cas ordinaires; la convalescence est de six à sept jours, jusqu'à la disparition complète de la tuméfaction des parotides. S'il y a quelque complication par métastase, cette complication dure environ neuf jours en moyenne. Un isolement de *vingt-cinq jours* sera donc suffisant.

La durée de la *diphthérie* est très variable, mais, par prudence, il est bon de fixer pour l'isolement la durée la plus longue, soit *quarante jours*.

Ainsi: vingt-cinq jours d'isolement pour la varicelle et les oreillons; quarante jours pour la variole, la scarlatine, la rougeole et la diphthérie; la formule est simple et facile à retenir. L'isolement sera absolu et ne cessera, au bout du temps limité, que quand le malade aura été baigné; les vêtements, le linge, les objets de literie et la chambre elle-même seront largement lavés et désinfectés. Enfin, quand l'élève aura été soigné en dehors de l'établissement auquel il appartient, il ne pourra rentrer que muni d'un certificat du médecin, attestant qu'il a satisfait aux prescriptions que nous venons de rapporter.

Dr J. GEOFFROY.

ERRATUM. — Une erreur s'est glissée dans notre précédent numéro, article *Prix du Concours* : le total actuel caisse pour cet objet est 149 fr. et non 69.

CHIRURGIE PRATIQUE

PATHOGÉNIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES.

Les maladies du rectum et de l'anus sont encore bien souvent méconnues, et si nous prenons aujourd'hui les hémorrhoïdes pour sujet d'études, c'est qu'elles se présentent souvent comme conséquence ou comme complication d'autres lésions de voisinage ou de viscères plus éloignés. On retrouve, si l'on veut, cette idée dans les auteurs anciens, dans les fables sur le rôle de l'atrabile, de la métancolie, etc.; mais il faut venir jusqu'aux modernes pour trouver quelque idée plus précise. C'est ainsi qu'on peut lire dans Boyer (1), que : «Le flux hémorrhoïdaire peut être entretenu « par l'engorgement des viscères du bas-ventre et par des maladies du foie. » Les remarquables leçons de M. le Professeur Gosselin (2), négligent ce côté de la question, et ce n'est qu'après les recherches de MM. Paul Bert et Rosapelly, sur la circulation de la veine porte, qu'on a bien connu les relations qui existent entre les hémorrhoïdes et certaines affections du foie. Nous ne ferons pas ici l'historique de la question qui nous occupe, chacun peut le lire écrit de main de maître dans le travail de M. Gosselin; mais il est remarquable de constater que, dès Hippocrate, la théorie variqueuse des hémorrhoïdes était établie. Effacée au moyen âge par les théories humorales d'Ambroise Paré (sang mélancolique) et de Stahl, elle fut de nouveau remise en honneur par J. L. Petit, et les études anatomo-pathologiques modernes n'ont contribué qu'à l'édifier plus fortement.

(1) Boyer. Traité des Maladies chirurgicales T: X. p. 54.

(2) Gosselin. Leçons sur les Hémorrohoïdes. Paris. 866.

Le mécanisme de la production des hémorrhoïdes était moins connu et on ne pouvait se contenter des principes de Stahl : « Il convient de « favoriser cet afflux et ce serait aller contre les « intentions de la nature que de chercher à le faire « disparaître. » Les recherches anatomo-physiologiques de ces dernières années ont éclairé ce point obscur de la question et mis sur la voie d'une nouvelle méthode de traitement que nous exposerons avec soin.

1° Pathogénie des hémorrhoïdes.

D'après M. Gosselin, les hémorrhoïdes sont des tumeurs variqueuses de la région anale, susceptibles de fournir du sang à certains moments. Quelles sont les conditions qui favorisent le développement des varices dans cette région? M. le Dr Duret, chirurgien des hôpitaux, a publié, sur ce point (1), des notions intéressantes qu'on nous permettra d'exposer ici.

Une excursion dans le domaine de l'anatomie descriptive nous est nécessaire. Le système veineux ano-rectal est un point de communication entre la circulation porte et la circulation veineuse générale. Voici quelle est la disposition des deux systèmes dans la région qui nous occupe. Les veines hémorrhoïdales supérieures (origines de la veine mésentérique inférieure) naissent sous la muqueuse rectale par des ampoules ovulaires du volume d'un grain de blé à un petit pois: de là elles montent sous la muqueuse, et, à six ou huit centimètres de l'orifice anal, elles traversent la couche musculeuse du rectum pour lui devenir extérieures.

Les ampoules d'origine des veines hémorrhoïdales supérieures communiquent en bas avec les veines hémorrhoïdales inférieures ou internes qui partent du pourtour de l'anus comme les rayons d'une étoile, pour aller se jeter dans les plexus veineux du petit bassin, tributaires des veines iliaques internes. Les veines qui font communiquer les ampoules avec les autres, traversent les fibres du sphincter anal. On voit, par cette courte description, qu'en haut et en bas, les veines efférentes sont obligées de traverser des

(1) Duret. Pathogénie des hémorrhoïdes. Archives générales de Médecine; décembre 1879 et janvier 1880.

plans musculeux qui peuvent mettre obstacle à leur ampliation à un moment donné. Tant que rien ne gênera la déplétion des veines du système porte ou celle des origines sous-muqueuses des veines hémorrhoïdales, les hémorrhoïdes ne se produiront pas. A l'état normal, tout fonctionne régulièrement, la veine porte le vide bien, les parois rectales sont souples sans compression, ni altération; mais qu'un trouble quelconque survienne, et on comprendra facilement cette phrase du mémoire de M. Duret. « Les hémor« rhoïdes sont une lésion symptômatique de « troubles physiologiques répétés, ou d'altération « anatomiques des viscères soumis à l'irrigation du « système porte. »

Si l'on considère en effet les conditions physiologiques du phénomène de l'effort, on sera sur la voie de la vérité. Dans l'effort général (occlusion de tous les sphincters,) les origines des veines hémorrhoïdaires ne peuvent se vider, les supérieures sont comprimées en haut par le releveur de l'anus, les inférieures par le sphincter, il y a stase passagère du sang. Dans l'effort expulsif de la défécation normale, il y a une pression de haut en bas exercée par le bol fécal sur les origines veineuses; le sphincter, d'abord fermé, empêche le sang de passer et le fait refluer en haut, puis il s'ouvre et la communication est vite rétablie entre les deux systèmes. Mais, dans la défécation forcée, les choses ne se passent pas ainsi : d'abord les matières fécales, accumulées dans le rectum, compriment les veines efférentes supérieures et favorisent leur dilatation; ainsi dilatées, elles irritent les fibres musculaires, au milieu desquelles elles passent; celles-ci se contractent et rétrécissent la voie de dérivation. Au moment des efforts expulsifs, souvent douloureux, le sphincter, contracté, s'oppose au déversement du sang dans le système inférieur, de sorte que tout l'appareil veineux sous-muqueux distendu peut, ou bien céder, se rompre et donner lieu à une hémorrhagie, ou bien être poussé avec la muqueuse, franchir le sphincter qui, irrité par cette violence, resserre et étrangle les hémorrhoïdes devenues *procidentes*. Ces quelques lignes font comprendre le rôle important de la *constipation* dans la production des hémorrhoïdes des veines hémorrhoïdales internes.

L'appareil veineux hémorroïdal externe communique largement avec le système des veines uréthrales, vésicales et prostatiques, en un mot, avec le riche plexus du Santorini. Ce fait anatomique nous explique le rôle que peuvent jouer, les *efforts de miction* répétés chez les calculeux ou les retrécis, ou encore les *abus de coït*. Toutes ces causes déterminent des contractions, des plans musculaires du périnée qui arrêtent la circulation dans les veines qui les traversent.

Une fois les dilatations veineuses établies, elles agissent sur la muqueuse recto-anale, l'excitent par une sorte de *titillation* pouvant causer des sensations de prurit, des épreintes d'intensité variable et, sous cette influence, des contractions réflexes se produisent dans les parois rectales ou dans les sphincters et contribuent à augmenter la lésion. C'est pourquoi on voit souvent les hémorrhoïdes accompagner certaines affections douloureuses de l'anus, les *fissures*, les *ulcérations*, les *abcès* et les *fistules*. Cette action excitante sur la muqueuse rectale, les congestions et les troubles vaso-moteurs, qui surviennent à la suite de fatigues, d'excès de boisson ou de coït, nous rendent un compte suffisant de ces congestions hémorrhoïdaires, connues sous le nom de fluxions, et qui avaient si fort excité la sagacité des pathologistes.

Nous avons passé en revue les causes physiologiques des hémorrhoïdes, voyons maintenant leurs relations avec les lésions des autres parties. Tout ce qui peut augmenter la pression sanguine dans un point quelconque de la veine porte, peut causer la dilatation des veines hémorrhoïdaires; aussi comprendra-t-on sans peine qu'une tumeur dans les parois du rectum, (cancer, syphilome, rétrécissement fibreux), ou qu'un néoplasme du bassin, comprimant le rectum ou ses veines afférentes, puisse s'accompagner d'hémorrhoïdes.

Il faut encore remonter plus haut; en effet, les états congestifs prolongés du foie et de la rate qui s'observent chez les malades atteints depuis longtemps d'*intoxication palustre*, chez les *goutteux* et les *arthritiques* affectés de lithiase biliaire, sont souvent accompagnés d'hémorrhoïdes qui disparaissent, quand on traite la lésion initiale. Nous trouvons signalée, dans le travail de M. Duret, une hypothèse appuyée sur une observation vraiment intéressante. Dans ce cas, le malade présentait une hypertrophie du foie et de la rate qui furent guéris par la guérison des hémorrhoïdes qui, par l'affaiblissement et l'anémie qu'elles causaient, auraient déterminé une exagération dans le fonctionnement des deux grands viscères.

Notons encore la fréquence des hémorrhoïdes chez les arthritiques gras, chez lesquels l'épiploon et les parois abdominales chargées de graisses doivent gêner la circulation veineuse. Souvent chez ces sujets, s'observent les altérations cardio-vasculaires, l'athérome et la lésion rectale peut être d'une certaine utilité au point de vue de l'équilibre de la tension sanguine.

2° Diagnostic des hémorrhoïdes.

Si nous avons examiné un peu longuement les causes des hémorrhoïdes, c'est que nous rendions ainsi plus facile la connaissance de leur diagnostic. Sans nous occuper de l'étude des hémorrhoïdes externes et internes, nous devons dire qu'on peut rencontrer des tumeurs hémorrhoïdaires qui ne saignent pas et d'autres qui se traduisent par l'hémorrhagie. C'est ce symptôme qui met sur la voie du diagnostic; un malade se plaint de perdre du sang en allant à la selle, de sentir des tumeurs douloureuses autour de l'anus : on examine la région et, si elles sont externes, on les reconnaît du premier coup, et on ne peut les confondre avec

les *condylômes* et autres tumeurs solides de la région.

Les hémorrhoïdes internes cachées (non procidentes) se reconnaissent au toucher qui permet de sentir des tumeurs molles, fluctuantes, après avoir franchi l'orifice anal *toujours contracté et douloureux*.

Le *Prolapsus de la muqueuse rectale* chez l'enfant n'offre point les tumeurs arrondies, violacées des hémorrhoïdes qui, d'ailleurs, sont rarement de cet âge.

Les *Polypes du rectum* s'en distinguent par leur forme pédiculée tout à fait caractéristique et leur peu d'adhérence à l'intestin.

Le point délicat du diagnostic est de ne pas méconnaître les lésions qui peuvent simuler ou accompagner les hémorrhoïdes, aussi, *l'examen direct et le toucher rectal sont-ils toujours nécessaires.* L'hémorrhagie, en effet, se rencontre dans les rétrécissements et le cancer rectal, et il arrive souvent que par légèreté d'examen on méconnaisse ces lésions. L'erreur est d'autant plus facile que, parfois, les sténoses cancéreuses ou spécifiques s'accompagnent d'hémorrhoïdes.

Le diagnostic devra aussi établir les relations de la lésion avec les fonctions physiologiques du sujet, la constipation, la fonction urinaire. L'état du foie et de la rate, la cavité abdominale seront toujours soigneusement consultés. Enfin l'état anatomique de le lésion (simple dilatation, tumeurs, texture carverneuse) pèsera d'un grand poids dans les déterminations à prendre pour le traitement que nous allons maintenant étudier.

3° Traitement des hémorrhoïdes.

Il serait trop long et trop fastidieux de passer en revue toutes les méthodes employées contre l'affection hémorrhoïdaire. D'ailleurs, longtemps les médecins ont pratiqué à leur égard une respectueuse abstention. Boyer distingue encore entre les hémorrhoïdes qu'on peut guérir et celles qu'il est dangereux de traiter. Bien qu'il ne faille pas ajouter une foi absolue aux histoires de métastases, il est néanmoins admissible que certains pléthoriques cardiaques ou sujets exposés aux ruptures vasculaires, à l'apoplexie et au ramollissement, tirent quelque profit d'une lésion qui pour eux est une sorte de soupape de sureté. Néanmoins, vu les inconvénients graves qui peuvent résulter de l'établissement et surtout de l'accroissement d'une semblable maladie, nous croyons, avec tous les praticiens actuels, qu'il est utile de la prévenir, sinon de la guérir. Les indications thérapeutiques varient un peu avec la période où on observe le malade et nous devons distinguer deux cas : ou bien les hémorrhoïdes sont *récentes, peu développées,* saus hémorrhagies inquiétantes, ou bien on est en présence d'une lésion ancienne, considérable : les hémorrhoïdes sont saignantes et le malade s'affaiblit et a pris la teinte jaune que l'on connaît.

Les hémorrhoïdes sont-elles récentes et peu développées, qu'y a-t-il à faire? Les moyens à employer varient avec la cause.

Sont-elles symptômatiques d'un état morbide du foie ou de la rate? Il faut, avant tout, s'occuper de la lésion viscérale. On voit souvent chez des paludiques, les hémorrhoïdes disparaître après que l'application de douches sur le foie a fait diminuer le volume de celui-ci.

Les eaux alcalines font souvent disparaître les hémorrhoïdes chez les goutteux et les rhumatisants.

Mais la cause la plus fréquente de l'affection qui nous occupe étant la constipation, on doit toujours combattre celle-ci ; l'usage d'aliments légers, de fruits, d'eaux purgatives sera efficace chez nombre de sujets. D'autres, chez lesquels la lésion sera déjà plus avancée retireront un grand avantage de petits *lavements froids* pris tous les matins ou même plus rarement. Lorsque ces moyens ne suffiront pas, il faudra en venir à une méthode plus chirurgicale ; la physiologie pathologique de la lésion nous en donne les principes. Les fibres musculaires gênent la circulation veineuse, il faut les mettre dans l'impossibilité de nuire.

Le moyen est la *Dilatation forcée de l'anus.* C'est à M. le professeur Verneuil que la chirurgie doit la mise en honneur de ce procédé appliqué à la cure radicale des hémorrhoïdes. Plusieurs thèses écrites sous son inspiration ont démontré l'excellence du procédé et l'ont vulgarisé (1). Comment doit-on pratiquer cette opération? Quelques chirurgiens ont employé la dilatation digitale à l'aide des pouces introduits dans l'anus et écartés violemment en différents sens. Mais ce moyen est, croyons-nous, bien souvent insuffisant, à cause de l'embompoint variable des sujets, empêchant souvent de pénétrer assez loin, et aussi à cause de la hauteur (6 à 8 centimètres) où se trouvent les fibres les plus élevées du sphincter interne. Toutes ces raisons ont fait rejeter, par M. Verneuil, la dilatation digitale. Il emploie un spéculum bilvave ordinaire qu'il introduit fermé dans le rectum, puis qu'il ouvre en divers sens de façon à vaincre méthodiquement et peu à peu la résistance du sphincter et des fibres rectales et à pouvoir, en terminant, sortir le spéculum ouvert.

Nous avons vu M. le professeur Trélat, employer un spéculum spécial plus fort que le spéculum ordinaire que l'on peut fausser facilement. C'est un instrument d'acier nickelé, formé de deux valves longues de dix centimètres environ, pouvant s'écarter de huit à dix centimètres au maximum, et muni de deux manches longs de quinze centimètres; ce qui donne une grande puissance de levier. Il procède de la même façon que M. Verneuil et ne cesse ces manœuvres que lorsque l'instrument étant retiré, on peut iutroduire deux doigts dans l'anus et les y faire jouer librement. Il va sans dire que, pour cette opération, les malades doivent être toujours

(1) Th. Monod. Paris 1877.
Th. Christophari. Paris 1876.

endormis, on les placera, de préférence dans le décubitus latéral.

D'après tous les faits connus jusqu'ici, la dilatation forcée produit une guérison complète, quand il n'y a que de simples dilatations veineuses ; mais si les hémorrhoïdes sont constituées par des tissus caverneux, si elles sont facilement procidentes, elle ne pourra faire cesser que les accidents d'étranglement.

Lorsqu'en effet, on a affaire à des hémorrhoïdes volumineuses, saignant souvent, s'étranglant avec facilité, il ne faut pas avoir recours de prime abord à la dilatation qui ouvrirait les paquets hémorrhoïdaires et pourrait causer des hémorrhagies considérables. De plus elle n'amènerait pas la disparition de ces masses formées d'aréoles caverneuses, qu'on est obligé de détruire. Parfois, quand les hémorrhoïdes ne sont pas encore très considérables, nous avons vu M. Trélat combiner la dilatation forcée avec la cautérisation au thermo-cautère. Il touchait avec l'instrument chauffé au rouge les points où l'action du dilatateur avait produit une déchirure ; cette méthode est appelée, croyons-nous, à d'heureux résultats. Dans les autres cas, la dilatation doit être employée comme *opération complémentaire*, après qu'on a détruit par la ligature, ou la cautérisation repétée les masses hémorrhoïdaires, opérations sur la description desquelles nous ne devons pas nous attarder. Elles sont minutieusement décrites dans tous les auteurs, et nous voulions seulement attirer l'attention sur une méthode basée sur la physiologie et montrer les avantages de la dilatation forcée.

Dr Hambar.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Honoraires médico-légaux.

Monsieur et honoré confrère,

Le « *Concours médical* » du 8 juillet reproduit une lettre du Dr Boell dans laquelle notre confrère rapporte une des nombreuses mésaventures auxquelles nous sommes exposés par l'application de la loi de 1811.... « Le coût des visites et transports, ayant pour objet la constatation des morts et blessures *accidentelles*, ne peut être pris sur les fonds du Ministère de la justice (Art. III, n° 12. Décret du 18 juin 1811), — C'est-à-dire que pour obtenir la rémunération ridicule qui nous est offerte par dame Thémis, il faut connaître non seulement la loi et les prophètes, mais il faut connaître aussi *quelques ficelles*, de celles qui existent toujours comme corollaires des lois à refaire.

A l'avenir, lorsque notre confrère devra présenter un de ces beaux mémoires sur six colonnes que l'on exige de nous, qu'il ait soin d'inscrire *toujours* dans la *seconde colonne* ces mots : Mort *présumée* violente, et il ne sera plus jamais obligé de reverser au trésor des sommes *indûment* touchées.

Ce procédé simple et facile est absolument efficace. Voilà de ma part un acte de « concours » d'une bien faible valeur : si petit qu'il soit, je vous prie de le recevoir en témoignage de mes sentiments confraternels.

Dr Reybert (*de Saint-Claude*).

II

Recouvrement des honoraires.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous faire connaître le résultat d'un petit procès que je viens d'avoir avec de nombreux héritiers et qui intéressera, j'en suis sûr, tous les lecteurs du *Concours*. Voici les faits.

Au mois de mars 1880, j'ai donné mes soin à un malade atteint de diphthérie généralisée. Le malade succomba après douze jours de soins assidus. Notre homme étant garçon, n'avait que des parents éloignés ; on dût procéder à un inventaire. Je fis inscrire mes honoraires à l'inventaire pour la somme de *300 fr.*, en bloc, sans autre explication ni détail. Au bout de quinze mois, les héritiers, très nombreux (seize ou dix-sept,) me firent répondre que ma note était exagérée et m'offrirent 50 fr. Je répondis immédiatement par une assignation générale. — La cause n'a été appelée qu'au mois d'avril dernier. Mon avoué ayant fait connaître au tribunal l'objet de ma demande, en lisant purement et simplement des notes que je lui avais remises à cet effet, le tribunal a remis son jugement et a demandé que la preuve lui fut faite que la maladie traitée était bien la diphthérie généralisée. Cette preuve a été facile à faire : dans le cours de la maladie j'avais appelé deux fois en consultation M. Pitre, professeur de clinique à Bordeaux, M. Gautier médecin à Bordeaux. Ces MM. m'ont remis une déclaration sur papier libre et le tribunal, le 22 mai, a admis le chiffre de 300 fr. en reconnaissant qu'en raison de la nature de la maladie et des soins qu'elle avait exigés, la somme reclamée n'avait rien d'exagéré.

Conclusion. — Se préoccuper, en pareil cas, quand il n'y aura pas eu de consultation, de faire bien désigner à l'Etat civil la maladie sous son vrai nom et sa vraie nature.

Agréez, etc..

Dr C. Castagnac.

III

Le service pharmaceutique de nuit a Paris

La préfecture de police s'occupe en ce moment

d'organiser un service pharmaceutique de nuit, qui fonctionnera dans des conditions analogues à celles du service médical.

Pour éviter les abus, on se bornera, pour le moment, à déposer dans chaque poste une boîte de secours, contenant les médicaments les plus usuels, éther, alcool camphré, ammoniaque, émétique laudanum, perchlorure de fer, chloroforme, appareils à fractures, etc., etc.

Il sera expressément défendu de faire usage de ces médicaments en dehors de l'assistance d'un médecin inscrit sur la liste du service de nuit.

Lorsque ce dernier sera appelé pour une visite, il devra se faire accompagner par un agent requis à cet effet, qui portera la boîte pharmaceutique; les boîtes seront d'ailleurs affectées au service de nuit, et l'on ne pourra en faire usage dans la journée, alors que les pharmacies sont ouvertes.

L'organisation projetée répond à un véritable besoin et rendra les plus grands services à la population parisienne.

IV.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE A DOMICILE A PARIS.

La commission chargée de la présentation d'un règlement d'administration publique, sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, vient de tenir, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Hérisson, sa dernière séance. Elle a entendu la lecture du rapport qui a été présenté par M. Lyon, maître des requêtes, et en a approuvé les termes.

L'élaboration de ce règlement répond à une prescription de la loi du 10 janvier 1849, sur l'assistance publique à Paris, prescription non exécutée jusqu'à ce jour.

Des modifications assez importantes ont, si nous sommes bien informés, été apportées par la commission à l'état de choses actuel. Le rôle des indigents, c'est-à-dire l'inscription d'office des individus remplissant les conditions exigées pour recevoir des secours publics, disparaîtrait.

La répartition entre les vingt bureaux de bienfaisance des fonds de l'Assistance publique serait effectuée suivant une base fixe et écartant tout arbitraire, base déterminée à la fois par le produit de la contribution mobilière et le chiffre de la population.

Les pharmacies des maisons de secours — ces pharmacies que tiennent les sœurs contrairement aux prescriptions légales — seraient supprimées.

Le projet élaboré par la commission, après avoir été communiqué au conseil municipal et au conseil de surveillance de l'Assistance publique devra être soumis au conseil d'Etat.

V

RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE EN ANGLETERRE.

Nous avons déjà eu l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les modifications réclamées de toutes parts en Angleterre à la loi médicale anglaise (Medical Act.). Le rapport de la Commission royale, nommée à cet effet, vient d'être rédigé. Il donne satisfaction sur les deux réformes les plus généralement réclamées par nos confrères d'outre-Manche. C'est-à-dire, pour le premier point, que le corps médical serait directement représenté au Conseil général par des membres élus. Le Conseil serait formé ainsi : six membres nommés par la Couronne directement, huit par les Universités et corporations reconnues, quatre par les médecins. Le second point sur lequel on s'est mis d'accord est l'examen unique exigé pour le droit de pratique, et afférent à un premier grade, toute liberté étant laissée aux corporations légales pour continuer à décerner d'autres grades et titres auxquels seraient attachés les privilèges divers, de professeurs par exemple, les emplois administratifs, etc., grades supérieurs, conférés à la suite d'examens spéciaux que les corporations réglementeraient toujours à leur guise.

(*Gazette médicale de Paris*).

VI

UN REBOUTEUR

La 9e chambre correctionnelle de Paris vient de juger un nommé Pomerol, qui exerçait, avenue des Ternes, la profession de rebouteur.

Pomerol a été poursuivi sur la plainte d'un sieur Chauvet, peintre en voitures, dont il a estropié l'enfant, et qui lui réclamait pour ce fait 20,000 francs de dommages-intérêts. Cet enfant, à peine âgé de six ans, étant tombé en jouant dans la rue, et, s'étant cassé le bras, sa mère le conduisit au rebouteur. Pomerol, après avoir raccommodé le bras à sa façon, fit une ligature tellement serrée que la gangrène ne tarda pas à s'y mettre. Lorsque, quelques jours plus tard, l'enfant fut amené au docteur Dumouly, qui a été entendu comme témoin, celui-ci constata qu'il avait sur la main et sur le bras de larges plaies gangreneuses : on commençait à voir les os. Peu de jours après, la paralysie du bras était complète. Aujourd'hui le jeune Chauvet est atteint d'une infirmité incurable.

Plusieurs autres personnes ont déposé de faits plus ou moins graves, mais qui étaient prescrits pour la plupart.

Le tribunal a infligé à Pomerol 400 francs d'amende et l'a, de plus, condamné à payer au petit infirme une rente annuelle de 500 fr.

Notons, en terminant, ce détail : Pomerol, voulant, ainsi qu'il l'a dit, « se mettre en règle », se faisait assister d'un médecin, qui habite, paraît-il, avec lui. Mais il est résulté des dépositions d'un certain nombre de clients du rebouteur, que le susdit docteur était là tout simplement pour la mise en scène, encaissant les sommes payées dont il touchait une part, et ne s'occupant en aucune façon des malades.

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES

ET DES MALADIES DE LA PEAU.

I

Le Docteur Spillmann, professeur agrégé de la Faculté de Nancy, publie dans le numéro de mars des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, le résultat de nouvelles expériences de DESTRUCTION DU CHANCRE COMME MOYEN ABORTIF DE LA SYPHILIS.

Ses observations, au nombre de huit, ne font que confirmer les résultats négatifs des expériences antérieures tentées par des autres médecins. Sur ces huit cas, deux ne furent suivis d'aucun accident syphilitique après l'excision. Mais les six autres malades présentèrent tous des accidents consécutifs plus ou moins sérieux. Deux malades surtout furent très sérieusement atteints.

Chez une jeune fille de dix-sept ans, entrée à l'hôpital pour une vaginite, on vit se développer sur la grande lèvre gauche et sur la cuisse du même côté, au niveau du pli génito-crural, deux chancres infectants nains, qu'on excisa immédiatement. Malgré la rapidité de l'intervention, la malade fut prise d'accidents très graves, asthénie, fièvre syphilitique, pustules d'ecthyma, etc., accidents qui se développèrent dans les trois mois qui suivirent l'infection.

L'autre cas grave a trait à un jeune homme de vingt-deux ans. Le malade avait son chancre sur la muqueuse du prépuce, au niveau du reflet balano-préputial. On l'excisa neuf jours après son apparition. Malgré l'excision, le malade fut pris d'accidents très sérieux: syphilides buccales, palatines, céphalées, alopécie, syphilide papulo-squameuse de la paume de la main, asthénie, fièvre, etc.

Aussi le Dr Spillmann conclut-il à la non intervention chirurgicale; bien que, parmi ses malades, il en ait deux chez lesquels l'examen le plus attentif ne put jamais faire découvrir le moindre accident secondaire.

Pour notre part, nous n'employons jamais ce moyen thérapeutique contre l'accident primitif de la syphilis, pas plus, d'ailleurs, que la cautérisation, à moins de cas spéciaux; car, ainsi que nous disons ailleurs (1), si l'on admet que le chancre donne accès à la syphilis dans l'organisme, ce procédé semble au premier abord très rationnel et justifie le proverbe latin : *Sublatâ causâ, tollitur effectus;* enlevons le chancre, et nous ferons disparaître la syphilis. Mais la pratique n'a pas jusqu'ici prouvé cette théorie et cela pour plusieurs raisons.

La première, c'est que le chancre infectant ne donne pas la syphilis, c'est la syphilis qui donne le chancre. Le virus introduit dans l'économie fait sa première manifestation extérieure par le chancre, qui indique que l'individu est d'ores et déjà syphilitique.

En second lieu, la syphilis est une maladie virulente qui ne se montre qu'après une certaine incubation très variable comme durée. Elle est en cela absolument semblable à la variole et surtout à la vaccine: vous aurez beau enlever les pustules de l'une et de l'autre, la variole n'en continuera pas moins sa marche, et la vaccine ne sera ni moins effective, ni moins préventive. Il en est de même de la syphilis : qu'on enlève le chancre et avec lui une portion de tissus sains, l'individu n'en sera ni plus ni moins syphilitique.

Quant à l'absence des manifestations secondaires, cela ne justifierait pas non plus l'excision du chancre, car en admettant que le malade n'ait ni roséole, ni plaques muqueuses (ce que nous n'admettons pas, car elles peuvent passer inaperçues), l'évolution de la syphilis ne se borne pas à ces deux formes d'accidents; il faudrait attendre plusieurs années, réunir plusieurs centaines d'observations et, si on ne voyait rien survenir chez ces malades, on serait seulement alors en droit de tenir l'excision du chancre comme un moyen réellement abortif. Mais malheureusement toutes les observations sont d'accord avec celles du Dr Spillmann. L'excision ne sert à rien et n'empêche pas les manifestations ultérieures.

II

ÉRUPTIONS CAUSÉES PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

Le Dr Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a observé deux cas d'éruptions provoquées par l'iodure de potassium. Le premier se manifesta sous *la forme pemphigoïde*.

Une femme entra à l'hôpital pour un érysipèle de la tête. Pendant sa convalescence elle fut atteinte d'un érythème marginé et d'un engorgement péri-articulaire de la région tibio-tarsienne droite. L'engorgement se ramollit et fut incisé. Mais au bout de quelques jours, la plaie se transforma en ulcération gommeuse; on donna alors à la malade un gramme d'iodure par jour. Sous l'influence du médicament, l'érythème se raviva et présenta des bulles sur les bords. L'éruption disparut dès qu'on suspendit le médicament pour reparaître dès qu'on le donnait de nouveau, et toujours accompagnée de prurit et de cuisson très intenses. La malade, persuadée que c'était dû à l'iodure, refusa d'en prendre. M. Besnier suspendit alors le médicament pendant huit jours et lui donna un julep dans lequel on mit à l'insu de la malade 0,10 centigrammes seulement d'iodure. Malgré cette faible dose l'éruption bulleuse se montra au bout de deux jours. Force fut donc de supprimer tout à fait le médicament.

L'autre malade était atteint d'une syphilide palmaire squameuse. Soumis à l'iodure à la dose

(1) Manuel pratique des maladies vénériennes, p. 363, Paris. O. Doin, éditeur.

de 2 grammes par jour, le malade vit, au bout d'une semaine, se développer sur la face, sur la partie supérieure du thorax, une éruption de véritables tumeurs du volume d'un pois, « d'un rouge cuivré, mollasses, presque fongueuses et présentant des lacunes ponctuées analogues à celles du furoncle anthraçoïde. » Il se produisait, en outre, une sensation de douleur et de brûlure.

L'éruption disparut dès que l'on suspendit le médicament.

Ces faits sont heureusement assez rares, car si des éruptions semblables se développaient chez tous les malades qui prennent de l'iodure de potassium, on serait, par ce fait, privé d'un médicament précieux pour combattre les gommes et autres accidents parenchymateux ou viscéraux de la syphilis. Il est vrai que l'on observe chez des malades qui prennent l'iodure des accidents légers, larmoiement, coryza, éruption discrète d'acné, qui disparaissent souvent, quand on augmente la dose du médicament.

Quant aux accidents graves observés par le Dr Besnier, nous nous souvenons en avoir vu de semblables representés au Musée temporaire du Congrès international de Londres (1). Ces derniers étaient causés les uns par l'Iodure, les autres par le Bromure, et, soit dit en passant, c'est ce qui rend l'intervention médicale si difficile quand on rencontre des éruptions cutanées (eczéma, lichen, etc.) chez des épileptiques; car l'administration du bromure, indispensable contre la névrose, ne fait qu'aggraver l'affection cutanée. Aussi tourne-t-on, pour ainsi dire, dans un cercle vicieux et il n'est pas facile d'en sortir.

III

Dans le même recueil, nous trouvons un article intéressant sur la PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'HERPÈS ZOSTER par le Dr Barth. Mais comme cette monographie ne sera terminée que dans un prochain numéro, nous attendrons qu'il soit complet pour en donner l'analyse.

VI

Dans la partie thérapeutique, M. Besnier a analysé le travail du Prof. Heinrich Kœbner sur les INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DU LICHEN RUBER.

Il arrive, dans certaines dermatoses, que la dose d'arsenic administré par l'estomac cause de tels désordres dans les organes de la digestion, que cela constitue un réel danger; et force alors est de suspendre la médication. Aussi le Prof. Kœbner a-t-il imaginé de s'adresser à la méthode hypodermique pour éviter ces désordres de la digestion, et en même temps de combattre la dermatose avec une dose d'arsenic plus forte. Il s'est servi comme préparation arsenicale de la liqueur de Fowler (arsénite de potasse). La dose employée a été de 1 gr. 28 centigr. en 5 jours.

Le malade, sujet de ces expériences, était un menuisier âgé de 39 ans, lequel souffrait depuis 1879 d'un *lichen ruber* très tenace qui se généralisa même en 1880, et qui fût traité sans succès par la liqueur de Fowler à l'intérieur, à la dose de cinq ou six gouttes par jour.

Mais l'intolérance stomacale du malade fit que l'on renonça à ce traitement, et Kœbner injecta alors sous la peau la même préparation arsénicale. En cinq jours (du 24 au 30 mai 80), le malade absorba par voie hypodermique 1 gr. 28 centigr., soit 26 centigr. environ par jour. Les effets de cette médication furent immédiats, le malade, qui ne dormait plus ou dormait à peine à cause des démangeaisons, retrouva le sommeil et, le cinquième jour, il sortit de la clinique, et continua le traitement arsénical par l'estomac. Mais bientôt cet organe ne tarda pas à montrer de l'intolérance pour le médicament et on fut obligé de reprendre la méthode hypodermique. Le traitement fut recommencé le 29 juin et, pendant trois jours, on injectade 0,24 à 0,29 centigr. de liqueur de Fowler. A partir du 2 juillet, on espaca les injections de deux jours, puis de trois, pendant dix-huit jours époque à laquelle la quantité de solution absorbée était de 2 gr. 61 centigr. soit environ 0,43 centigr. par jour. Les mêmes heureux effets se firent sentir comme la première fois, et cinq mois après, la guérison ne s'était pas démentie, quoiqu'il y eût cessation de tout traitement.

Même procédé avait été tenté antérieurement par Lipp, contre le psoriasis, et Kœbner eut depuis l'occasion de guérir deux femmes d'une éruption de *lichen planus*.

Actuellement le Dr Aubert, de Lyon, fait dans son service des expérimentations avec des peptones arséniques.

V

Daus le journal de New-York, *Archives of Dermatology* le Dr Duncan Bulkley publie quelques OBSERVATIONS DE GALE. Il insiste avant tout sur la grande rareté de cette affection aux Etats-Unis, c'est ainsi que sur huit mille cas de maladies de peau, il n'en a trouvé que un et demi pour cent, tant dans les malades de l'hôpital que dans ceux de sa clientèle.

Voici le traitement qu'il emploie, et qui diffère un peu de celui de l'hôpital Saint-Louis.

On fait prendre un grand bain au malade et aussitôt après une friction avec le mélange suivant :

Baume du Pérou.....	ãã 14 gr. 17
Soufre précipité......	
Carbonate de potasse.........	7 gr. 80
Emplâtre simple.............	95 gr.

On laisse cet onguent sur la peau pendant vingt-quatre heures. — et on répète la friction si c'est nécessaire.

(1) Voir le catalogue du « *Temporary Museum*, » International médical congress. P. 72.

Il emploie également le traitement suivant : Une friction au savon noir ; ensuite un bain chaud d'une demi-heure et ensuite les frictions avec l'onguent suivant :

Huile de cade... }	ââ 11 gr. 70
Soufro précipité... }	
Craie préparée...	7 gr. 80.
Savon noir... }	ââ 31 gr. 25
Onguent à l'eau de rose }	

ou bien :

Huile de cade...	14 gr. 17
Soufre précipité... }	ââ 7 gr. 80
Carbonate de potasse... }	
Orguent à l'eau de rose...	125 gr.

Le traitement de l'hôpital Saint Louis se fait de cette façon :

1° Friction du malade avec de l'eau et du savon noir.

2° Bain d'une demi-heure.

3° Essuyer ensuite avec un linge un peu rude et 4° faire une friction sur tous les points du corps, sauf sur la tête, avec la pommade sulfuro potassique du Dr Prof. Hardy.

Sous-carbonate de potasse.... 25 gr.

Faire dissoudre et mélanger avec :

Soufre... 50 gr.

et ajouter :

Axonge... 300 gr.

On laisse cette pommade un certain temps en contact avec le corps et on fait prendre ensuite un bain simple.

Par précaution, on doit soumettre les vêtements à des fumigations sulfureuses.

VI

Carrick recommande le traitement suivant pour «prévenir les CICATRICES DE LA VARIOLE». Dans une fiole de 125 grammes, on verse environ 60 grammes de chloroforme, et on achève de la remplir en ajoutant du caoutchouc très pur, coupé en petits morceaux. On agite toutes les heures jusqu'à ce que le liquide présente une consistance sirupeuse très épaisse. Puis dès que l'éruption apparaît, on étend ce mélange sur la face et on répète le badigeonnage de trois à cinq fois par jour. Le chorotorme s'évapore laissant une pellicure de caoutchouc sur la face, et la protège contre les influences de l'air. On doit laisser le masque jusqu'à ce que les pustules développées sur les autres points du corps se détachent spontanément.

VII

Contre les démangeaisons si désagréables de l'URTICAIRE, Rohé conseille des lotions avec 3 gr. 50 d'acide benzoïque dans 500 gr. d'eau — (*Maryland Med. Journal*).

VIII

Arnold (*Maryland Med. Journal.* Mai 1881) emploie contre les ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES DU PHARYNX la médication suivante : On nettoie d'abord les parties avec une faible solution de sulfate de cuivre ; puis une cautérisation au nitrate d'argent solide, et enfin application, à l'aide d'un pinceau d'une solution concentrée d'iode dans de la glycérine deux ou trois fois par jour. En même temps, on donne le traitement interne.

Mackenzie (*Am. Med. Sciences*) enploie dans le même cas l'iodoforme ou des vapeurs d'iodure de zinc.

IX

Le SULFITE DE CHAUX, employé fréquemment en Amérique pour combattre les pustules d'acné, les furoncles, et autres affections suppuratives de la peau et des glandes, vient de donner lieu à une communication du Dr Alexander de New-York, à propos des accidents que ce médicament occasionna à trois malades. Accidents qui se rapprochent beaucoup de ceux observés par le Dr Besnier avec l'iodure de potassium.

Dans trois cas ou les malades prirent du sulfite de chaux, pour combattre une éruption furonculeuse, le médicament, loin d'amener l'amélioration, provoqua au contraire des accidents inflammatoires très sérieux, les furoncles augmentèrent en nombre et en volume, et l'on fut obligé d'en suspendre l'emploi.

Le sulfite de chaux n'est pas très employé en France, mais nous signalons ces accidents dans le cas où l'on serait tenté de se servir de cet agent thérapeutique.

X.

Nous avions omis de signaler, dans notre précédente revue, un travail très intéressant, paru dans le *Progrès médical* de 1881, dû aux Dr Lœwenberg sur «LE FURONCLE DE L'OREILLE ET LA FURONCULOSE». C'est la confirmation des découvertes de Hueter (1874) et de Pasteur sur la nature parasitaire du furoncle. Le parasite est un microbe existant, soit à l'état de germe, soit complètement développé dans l'air et dans l'eau et provient des substances organiques en décomposition. Déposé sur la peau ou sur les poils, il pénètre dans les follicules pilo-sébacés qui s'enflamment et donnent lieu au furoncle.

Le furoncle une fois développé peut affecter trois formes dans sa marche. Il peut rester local ; et se guérir sans complication ; ou bien, en vertu de sa propriété contagieuse et auto-inoculable donner naissance à d'autres furoncles, soit dans le voisinage, soit sur d'autres régions ; et causer ainsi ces manifestations furonculeuses, si douloureuses, si longues à guérir et sujettes à récidive ; ou bien enfin, et c'est le cas le plus grave, il pénètre dans la circulation, infecte l'économie et peut amener la mort. Cette redoutable complication s'observe surtout dans les furoncles des lèvres et du nez.

Cette découverte du microbe du furoncle est extrêmement importante au point de vue théra-

peutique. On sait l'influence salutaire qu'exerce l'emploie du goudron à l'intérieur dans les éruptions furonculeuses, mais on ne pouvait se rendre compte des guérisons obtenues à l'aide de ce médicament; il est facile maintenant de voir que le goudron agissait comme parasiticide. Partant de ce principe, on a tout indiquée une médication plus active et plus prompte dans l'usage de l'acide phénique ou mieux encore dans la créosote. On pourrait, par exemple, prescrire des compresses phéniquées ou des lotions générales, voire même des bains, et donner la créosote a l'intérieur.

Dr Armand Rizat.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS.

Une nouvelle maladie infectieuse de l'homme : l'actinomycose, par le Professeur Ponfik, de Breslau. — Les caractères superficiels les plus apparents de cette maladie sont la présence, à la peau du cou et du dos, de trajets fistuleux d'aspect livide, à bords indéterminés, et s'étendant en un labyrinthe de sinus, fusant sous la peau et entre les muscles, et communiquant avec un centre de suppuration situé dans les corps des vertèbres ou ailleurs. Ces sinus se creusent dans toutes les directions, sans détruire les tissus au milieu desquels ils s'étendent. Les granulations de leurs parois sont pâles et décolorées, le liquide secrété séreux plutôt que purulent, l'ouverture cutanée irrégulière. Ce mal se développe à la face, au cou, au dos et aux reins, il peut s'étendre le long du psoas et aller sortir dans l'aine. Dans plusieurs cas suivis de mort, on a trouvé des traces évidentes de métastase, dans le cœur, les poumons, le foie. La terminaison fatale, qui est loin d'être exceptionnelle, arrive par épuisement, d'ordinaire à la suite d'invasion de la plèvre, du poumon ou du péritoine par le mal.

Le suintement séreux qui sort des sinus, contient un grand nombre de granulations rondes semblables à des grains de millet, de couleur jaune soufrée et de consistance graisseuse que le professeur Ponfick, n'hésita pas à rapprocher, avant tout examen microcospique, des conglomérats jaunes fongueux, que Bollinger a trouvés dans certaines maladie des bœufs. Ces amas de granulations jaunes, analogues à des fleurs de choux-fleur, consistent en petites masses de mycéliums éparées par des cloisons épaisses et disposées en rayons étoilés; d'où le nom d'*actinomyces* donné à l'amas de mycélium, et celui d'actinomycosis, donné à la maladie. Ces tumeurs se développent chez le bœuf à la joue, à l'angle de la machoire inférieure. La substance qui les forme, chez l'animal, est sarcomateuse, jaune grisâtre, de la consistance de la moëlle dans certains points, ferme et lardacée dans d'autres. La tumeur envahit le tissu spongieux de l'os, avec une marche maligne.

Chez l'animal comme chez l'homme, on trouve des tractus rayonnés alternant avec les masses gris-jaunâtres (granulations de Bollinger). Chez le bœuf, la tumeur semble rester locale, tandis que chez l'homme, on a trouvé des métastases viscérales.

L'auteur a bien reconnu la difficulté d'expliquer la voie d'inoculation, mais il a été frappé par la parenté indéniable des tumeurs de cette nature chez l'homme et chez l'animal. En outre, il a pu observer, sur un de ses malades, la propagation du mal par une blessure contractée trois ans avant, au pouce, et qui s'étendit jusqu'au cou.

La pathologie de l'actinomycosis est seulement à ses débuts; mais déjà le professeur Plug, de Giessen, a présenté, à la Société médicale de cette ville, des pièces prises sur le poumon d'une vache de cinq ans. De gros amas nodulaires, pris d'abord pour des tubercules miliaires, ont été reconnus, à un grossissement plus considérable, ponr des collections de mycélium, disposées entre des rayons étoilés, d'actinomycosis simulant des tubercules miliaires. Ce serait un cas de métastase, bien qu'on n'ait pas jusqu'alors trouvé d'autre exemple de transport d'élément morbide de cette nature dans les viscères des animaux. *(Med. Times and Gazette*, 17 *juin* 1882*).*

* *

Sur les diverses méthodes en usage pour corriger les difformités des os longs, par Williams Thomas, chirurgien à l'hôpital des enfants, à Birmingham. — On peut classer les divers procédés usités pour redresser les membres des rachitiques, dans l'ordre suivant :

Dans les cas récents, on emploie les toniques, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer: mais quand la guérison ne s'opère pas par ces moyens, la chirurgie a recours aux divers procédés suivants :

1o Les manipulations seules ou associées à l'usage des attelles;

2o Des attelles plus compliquées et fabriquées par des orthopédistes; ces appareils servant à soutenir le poids du corps en même temps qu'elles combattent la déviation de la jointure malade.

3o Quand les tendons, les ligaments ou aponévroses maintiennent les os dans une position vicieuse, on en partique la section sous-cutanée.

4o Si cela ne suffit pas, on pratique l'ostéotomie, soit simple, soit avec ablation d'une partie de l'os.

Plus les sujets sont jeunes, les os flexibles, les déformations légères, plus il est facile d'obtenir la guérison par les moyens simples, manœuvre des jointures, application d'appareils, utiles même chez les adolescents, mais dont l'emploi prolongé ne laisse pas d'être importun, enlevant le plus souvent anx malades l'usage de leurs membres.

Enfin quand les os sont inflexibles, et qu'on s'adresse à des malades adultes et même adolescents, la méthode la plus rapide et donnant des résultats complets sera l'ostéotomie. On enlevera sur l'os devié un fragment ayant la forme d'un coin dont la base occupe la partie la plus convexe de la difformité, ce qui permettra de rendre à un membre complètement difforme et tordu sa forme normale et ses fonctions ordinaires : et cela sans aucun danger et en très peu de temps.

(Birmingham med. Review, juin 1882*).*

Dr M. Picard.

REVUE CLINIQUE

Restauration d'une déchirure du périnée. Guérison en onze jours, par M. le Dr Polaillon, Membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

La nommée G... (Angélique), âgée de 36 ans, a eu un accouchement laborieux le 15 septembre 1880. Pendant le passage de l'enfant, qui était volumineux, le périnée fut déchiré jusqu'à l'anus. On chercha à obtenir la réunion des surfaces déchirées; mais on n'y parvint pas.

Le 25 août 1881, cette malade nous est adressée par le Dr Foissy.

Le périnée n'existe plus; la fente vulvaire se prolonge jusqu'à l'anus, qui n'est séparé de la vulve que par un bord très mince. Cependant, l'anus remplit ses fonctions et il n'y a pas incontinence des matières fécales. A la place du périnée, on voit une gouttière formée par du tissu cicatriciel, gouttière qui se confond en haut avec le vagin. La paroi postérieure de ce conduit proémine entre les lèvres de la vulve, et, au moindre effort, cette procidence s'accentue et forme une grosse rectocèle. La malade ne peut se livrer à aucun travail pénible, et réclame instamment une opération.

Après avoir vidé l'intestin par une purgation, de manière à obtenir une absence de garde-robe pendant plusieurs jours, nous procédons à la périnéoraphie, le 8 septembre, de la manière suivante :

Nous pratiquons, sur la ligne médiane, une incision qui s'étend de la marge de l'anus jusqu'à la muqueuse saine du vagin; cette incision a environ 3 centimètres. De l'extrémité inférieure de cette première incision, nous en pratiquons deux autres qui remontent de dedans en dehors dans la direction des grandes lèvres. Nous disséquons alors, de chaque côté, le lambeau triangulaire qui est limité par ces incisions. Nous obtenons ainsi deux volets triangulaires dont on peut adosser les surfaces saignantes, en les relevant du côté du vagin; nous obtenons, en outre, deux surfaces avivées qui, en se rapprochant l'une de l'autre, constituent un périnée.

Il ne s'agit plus que de maintenir en contact les surfaces avivées. Pour cela, nous faisons trois sutures: la première est une suture profonde, enchevillée, destinée à mettre en contact les parties molles du périnée.

Nous plaçons, à cet effet, deux fils d'argent qui embrassent une grande épaisseur de parties molles. Ces fils d'argent sont noués sur deux bouts de sonde en gomme. La seconde suture, en fil également et à points entrecoupés, réunit le bord relevé des lambeaux et donne lieu à une saillie qui continue en bas la colonne postérieure du vagin. La troisième suture rapprocha exactement, sur la ligne médiane, la peau du périnée, de manière à constituer un nouveau raphé périnéal. Trois points de suture métallique superficielle suffisent pour atteindre ce but.

Pansement phéniqué.

La malade est placée dans son lit. Je lui prescris de garder l'immobilité dans le décubitus dorsal. On fera une injection phéniquée (au 50e) dans le vagin, matin et soir.

On lavera la vulve et le périnée après chaque miction.

12 septembre. J'enlève un fil de la suture cutanée et un fil de la suture profonde. Administration de 20 grammes d'huile de ricin; quelques garde-robes faciles.

Le 14. Les autres points de suture sont enlevés.

Il y a une réunion immédiate dans la profondeur et à la peau du périnée. La réunion de la muqueuse vaginale suppure légèrement.

Le 15. La malade commence à se lever.

Le 19. La guérison est complète. Le périnée, complètement restauré, a une étendue d'au moins 3 centimètres. L'anneau vulvaire est étroit comme chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Il n'y a plus de procidence des parois du vagin. La malade n'éprouve plus de gêne et sent que les organes du bassin sont parfaitement soutenus.

Elle quitte notre service.

(*La France médicale*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Association et Syndicat

(Suite)

A mesure que l'esprit d'Association se développe dans notre société moderne — (et il marche vite) — les Sociétés de secours mutuels deviennent plus nombreuses et, il faut bien le dire, plus exigeantes à l'égard des médecins. Leurs exigences sont même, en un grand nombre de points, une des plus grandes plaies de la pratique médicale. Sans doute, elles sont d'une utilité incontestable et leur action moralisatrice n'est plus à démontrer. Mais il me semble que les abus qu'elles tolèrent ou même qu'elle provoquent sont un peu trop criants. Le plus grand nombre, en effet, admettent dans leur sein, comme membres participants, des personnes qui jouissent non seulement d'une belle aisance, mais même d'une véritable fortune. C'est leur droit assurément, puisque leurs règlements ne s'y opposent pas; mais on ne nous contestera pas le droit, à nous médecins, de veiller à la composition de ces Sociétés quand elles nous demanderont de soigner leurs membres à des conditions différentes de celles de la clientèle ordinaire. Certes, si nous ne nous reconnaissons aucunement qualité pour nous ingérer dans leurs affaires intérieures, du moins on nous accordera bien que rien ne les autorise à nous imposer leurs conditions sans les avoir préalablement discutées contradictoirement. Or, exploitant avec une adresse merveilleuse le manque d'entente qu'elles ont constaté, dans bien des localités, entre les membres du corps médical, elles profitent habilement de nos petites divisions pour faire soigner leurs membres à des conditions humiliantes pour nous.

De ce chef, les Sociétés locales de médecine ont été saisies de nombreuses plaintes. L'Association générale, de son côté, a dû se préoccuper d'une situation qui s'ag-

grave chaque jour. On connaît le vœu Surmay et le sort qu'il a subi. Partout il en a été de même. Il ne pouvait du reste pas en être autrement. Quelle action, en effet, pouvait exercer l'Association générale, SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ELLE-MÊME, sur les autres Sociétés de secours. Ne la voyez-vous pas venant leur dire : « vous payerez vos médecins plus cher que vous ne le faites, parce qu'il ne me plaît pas que vous profitiez, vis à vis d'eux, des avantages que vous pouvez retirer de votre union et de leur manque d'entente ! » Non ! l'Association ne devait, ni ne pouvait intervenir ! Elle ne pouvait que nous encourager à nous unir pour résister à des prétentions injustes, exorbitantes, dont la réalisation est la chose la plus préjudiciable à nos intérêts.

Si, après avoir constaté l'impuissance absolue de l'Association à nous protéger contre les envahissements des Sociétés de secours mutuels, on voulait contester aussi l'efficacité des syndicats, je prierais les indécis et les incrédules de vouloir bien lire attentivement les lignes suivantes. Je les recommande tout particulièrement à mon ancien condisciple d'Internat, M. Martineau : il verra que l'on peut faire partie d'un Syndicat médical sans pour cela abdiquer toute dignité.

« Déjà en 1868, à Bordeaux, sous l'inspiration de « MM. les Drs Lugeol et Sølles, auxquels s'adjoignirent « MM. Marx et Vergely, des tentatives avaient été faites « pour amener les Sociétés à une plus véritable entente « de leurs intérêts en ménageant les intérêts lésés de « leurs médecins. On créa un SYNDICAT MÉDICAL « chargé de donner des soins aux Sociétés de secours « mutuels. QUARANTE-CINQ médecins adhérerent aux « statuts élaborés par le Syndicat, qui comprenaient les « dispositions suivantes: 1° le prix de la visite en ville « était de 2 fr.; à 1 kilomètre hors de la ville 3 fr.; la « consultation dans le cabinet 1 fr.; les visites et consul- « tations devaient être inscrites sur une feuille *ad hoc* « laissée entre les mains du Sociétaire. Les consultations « entre confrères étaient payées 10 fr.. Les cas de grande « chirurgie et d'accouchement étaient réglés facultati- « vement entre Sociétaires et médecins. Les Sociétaires « qui désiraient s'abonner devaient payer 12 fr. par « individu et par an. L'abonnement était alors obliga- « toire pour tous.

« Chaque membre avait le droit de désigner le méde- « cin de son choix à son Président, qui en informait le « Président du Syndicat. Celui-ci soumettait aux mé- « decins la désignation des Sociétaires, et, après accepta- « tion, la liste était close pour six mois. Les médecins « étaient payés par le trésorier du Syndicat qui relevait, « sur les feuilles, les signatures des médecins et récla- « mait au trésorier de chaque Société la somme due à « chaque membre du Syndicat. Toute contestation entre « médecins et Société était jugée par le Président de la « Société en désaccord avec le médecin et par le bureau « du Syndicat...

« Le Syndicat eut bientôt l'adhésion d'un grand nom- « de Sociétés, ET IL EST ENCORE PROSPÈRE, quoi- « que la plupart de ceux qui avaient été ses premiers « adhérents aient cessé de faire de la médecine des « Sociétés... Dans l'Isère, un système à peu près sem- « blable était établi depuis 1862. L'Association de l'Isère, « par l'organe de M. le Dr Armand Rey, avait émis le « vœu que chaque malade fût libre de choisir son mé- « decin dans le personnel médical de sa résidence; que « le prix des visites fût de la moitié du prix des visites « ordinaires; que pour les Sociétés composées de rentiers « ou de membres justifiant d'un revenu quelconque, au- « cun rabais ne fût fait aux prix ordinaires des visites « que le système des abonnements fut aboli. »

Voilà ce que disait, entre autres excellentes choses, M. le docteur Vergely, secrétaire général de l'Association locale de la Gironde, dans le discours qu'il a prononcé à la réunion du 30 mars dernier (compte-rendu p. 26 et 27.) Qui donc maintenant, parmi les dignitaires des Sociétés locales ou de *l'Association générale* oserait bien soutenir que les Syndicats sont inutiles ? M. Vergely a contribué, à Bordeaux même, à en créer un il y a quatorze ans et si, aujourd'hui, il n'en fait plus partie, ainsi qu'un certain nombre de fondateurs, c'est que ces Messieurs, devenus des médecins en renom, ont assez des occupations que leur créent une riche clientèle et les travaux de la Faculté ou des hôpitaux, et qu'ils ne peuvent donner leur temps aux Sociétés de Secours mutuels.

Mais leur œuvre persiste : le Syndicat continue à fonctionner, parce qu'il est nécessaire, parce qu'il est indispensable pour protéger les médecins moins privilégiés qui ne se sont point encore suffisamment fait connaître ou qu'un caprice du Sort maintient, malgré leur mérite, dans une situation d'infériorité relative.

Du reste, rien n'y manque et nous retrouvons, dans les points indiqués par M. Vergely, tous les principes sur lesquels un Syndicat doit s'appuyer: Etablissement d'un règlement; — Obligation, pour chaque membre, de s'y conformer; — Tarif d'honoraires; — Mode de recouvrement; — Bureau de Syndicat érigé, avec l'adjonction du représentant de la partie intéressée, en *véritable Tribunal,* chargé de régler les contestations entre client et médecin. Est-ce à dire, pour cela, que les médecins qui acceptent ce règlement ont abdiqué leur liberté et leur indépendance entre les mains d'un bureau omnipotent? Je ne pense pas qu'il soit venu à la pensée de personne de donner à cette association une semblable interprétation.

Je crains bien, au contraire, qu'on ne se laisse trop facilement griser par ces mots LIBERTÉ, INDÉPENDANCE, et qu'on ne leur donne une signification tout à fait erronée. La Liberté doit toujours avoir de justes limites dans lesquelles elle peut s'exercer: elle doit toujours respecter les droits d'autrui: vouloir aller au delà, c'est du désordre, de la licence. Tout en restant indépendant, nous devons tenir compte des droits de notre voisin, et celui qui n'observe pas les règles librement consenties, entre confrères, commet une mauvaise action que la loi n'atteint point, sans doute, mais que la morale et la conscience publique réprouvent également.

(*A suivre.*) Dr AD. BARAT DULAURIER
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.
Secrétaire de la Commission générale des Syndicats.

BIBLIOGRAPHIE

Le *Cahier d'un médecin,* notes et souvenirs par le Dr C. Dupasquier, de Mâcon. Prix 1 fr. 50 s'adresser à l'auteur, à Mâcon, (Saône-et-Loire) et à Paris, Librairie Broussois, 4, rue Dupuytren 5.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

5 Août 1882 — 4me Année. — N° 31

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS

Le Comité de Direction *a l'honneur d'informer MM. les membres du* Concours médical *que la réunion annuelle de l'Assemblée générale aura lieu le dimanche 17 septembre. — On a fait choix de cette date à cause de la plus grande facilité des déplacements à cette époque de l'année.*

Le Conseil des Comités se réunira, comme le prescrivent les statuts, le samedi 16, veille de la réunion.

Conformément à l'article 3 de la tenue des Assemblées générales, les membres du Concours *qui auraient des propositions orales à présenter sont invités à en aviser le Directeur.*

BULLETIN

M. *L. Labbé* présente à l'Académie un malade qui était atteint d'un épithélioma de l'amygdale droite, ayant envahi le voile du palais, la luette, le plancher de la bouche et la base de la langue. Le chirurgien a extirpé la totalité du néoplasme, après avoir préalablement réséqué la moitié droite du maxillaire inférieur. Le malade étant nourri par l'alimentation artificielle, la plaie s'est réunie par première intention et la guérison est complète, au moins *provisoirement.* Le but de M. Labbé, dans cette communication, était de préconiser la la *résection de l'une des moitiés du maxillaire inférieur, comme opération préliminaire, dans le cas d'épithélioma de l'amygdale et des parties voisines.*

En présentant son premier volume du *Traité des accouchements*, M. *Tarnier* expose les résultats de son expérience sur *l'allaitement artificiel des nouveau-nés.* A la Maternité, quand une femme est dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, on confie celui-ci à une nourrice, qui continue néanmoins à nourrir son propre enfant. Qu'arrive-t-il alors? C'est que cette nourrice allaite son propre enfant et donne au nourrisson le lait de vache dont elle dispose. Aussi ces nourrissons dépérissent, présentent de la diarrhée, de l'athrepsie et meurent souvent. Navré d'un pareil état de choses, M. Tarnier a voulu recourir à l'allaitement artificiel. En 1880, il a obtenu de l'administration de l'Assistance publique que deux chèvres fussent mises à sa disposition. Il a essayé l'allaitement direct au pis de l'animal; il a essayé de donner le lait soit pur, soit en le coupant de différentes façons. Les résultats ont toujours été plus que défectueux.

Il a essayé le lait de vache pur et coupé avec de l'eau sucrée, de l'eau ordinaire, de l'eau dis-

tillée, de l'eau chargée de mucilage, de décoctions de substances féculentes, etc. : il a toujours échoué. Il en a été de même avec les préparations nommées lait condensé.

Il était très découragé, quand il eut recours au lait d'ânesse, qui a été mis en usage à la Maternité depuis le 23 août 1881. Dès ce jour, la digestion des enfants devint excellente. Tout fut simplifié dans l'alimentation des nouveau-nés et la mortalité diminua manifestement.

M. Tarnier pense donc que, de tous les aliments employés dans l'allaitement artificiel, le meilleur est le lait d'ânesse qui, depuis plus de quinze mois, lui a donné d'excellents résultats. Mais après six semaines ou deux mois, ce lait devient insuffisant. Il convient de le remplacer par du lait de vache convenablement coupé.

D'une manière générale, si l'allaitement artificiel donne des résultats aussi désastreux que ceux qui sont partout enregistrés, c'est qu'il est mal conduit, et n'a pas de règle fixe; la première chose à faire est de supprimer le biberon, ainsi qu'on l'a fait à la Maternité, et de donner le lait au verre ou à la cuillère. Enfin, presque toujours, le lait de vache est mal coupé. Pour un enfant nouveau-né, pendant les huit premiers jours, il faut donner un mélange fait avec un quart de lait et trois quarts d'eau sucrée à cinq pour cent. Ce n'est que progressivement que la quantité de lait doit être augmentée jusqu'à l'âge de six mois; il doit alors être donné pur.

En résumé donc, le mieux est de donner du lait d'ânesse, pendant six semaines ou deux mois, ensuite du lait de vache coupé d'eau, puis du lait pur.

A son tour, M. *Parrot* vient indiquer les résultats obtenus à la nourricerie des Enfants-Assistés, dans les expériences faites du 2 juin 1881 au 24 février 1882.

Durant cette période, quatre-vingt-six enfants atteints de syphilis héréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, six ont pris exclusivement du lait de vache à l'aide du biberon, un seul a guéri, les cinq autres ont succombé. Quarante-deux ont été nourris au pis de la chèvre, huit ont guéri, vingt-quatre sont morts (mortalité : 80, 9 p. 100). Trente-huit ont été nourris au pis de l'ânesse ; vingt-huit ont guéri, huit sont morts (mortalité : 26, 3 p. 100). Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux.

En manière de conclusion, M. Parrot formule les propositions suivantes, d'un caractère éminemment pratique :

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut rendre de grands services. — Il est formellement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la constitution chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel. Viennent après : la jument, la chèvre, et la vache.

Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants, âgés en moyenne de cinq mois. Le nombre des tetées, dans les vingt-quatre heures, varie de six à huit ; il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouver ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante, il est particulièrement indiqué dont les affections gastro-intestinales. Exceptionnellement, il remplace avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie où l'on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres. Les locaux affectés à ce service seront disposés de telle sorte que l'étable où séjourneront les animaux soit d'un accès facile. Une comptabilité régulière du poids des enfants, pris trois fois par semaine, donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition, et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées dans leur régime alimentaire. Deux enfants, et trois au plus, devront être soignés par la même personne.

Ainsi M. Tarnier et M. Parrot sont d'accord pour indiquer le lait d'ânesse comme succédané du lait de femme dans les cas où, la mère ne pouvant allaiter son enfant, on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel : tous deux prescrivent au contraire le lait de vache au moins pendant les premiers mois : Voilà des conclusions bien nettes, mais qui ne sont pas encore de nature à forcer toutes les convictions ; nous souhaiterions de les voir soulever au sein de l'Académie une discussion plus générale. Nous croyons qu'il en sera ainsi, car MM. Bouchardat et Colin (d'Alfort),

se sont inscrits pour prendre la parole à ce sujet dans la prochaine séance. Malheureusement la réunion prochaine (1er août) est consacrée à la séance publique annuelle : espérons que, pour être différée, la discussion n'en sera que plus sérieuse, et fera faire un pas en avant à cette importante question.

Dr J. GEOFFROY

MÉDECINE PRATIQUE

LES BROMURES. — TRAITEMENT DE QUELQUES NÉVROSES.

I

Au bromure de potassium on a cherché à substituer, depuis quelques années, d'autres sels bromiques, en se basant sur cette notion que le bromure de potassium agit plutôt par le brome que par le potassium. En effet, comme l'a fait remarquer Otto (1), le *bromure* de sodium prescrit à des épileptiques suspend les accès convulsifs du mal comitial, tandis que le *chlorure* de sodium ne produit aucun effet semblable. On a donc vu apparaître dans la thérapeutique les bromures de sodium, d'ammonium, de calcium, de camphre, de zinc, d'arsenic, le bromhydrate de quinine, que leurs inventeurs ont préconisés comme succédanés du bromure de potassium ou même comme supérieurs à ce dernier.

Est-il vrai qu'il en soit ainsi? — Rosenthal (2) a étudié les usages thérapeutiques des divers bromures. Ce praticien reproche au bromure de potassium de produire assez souvent de l'adynamie du cœur, d'affaiblir, de rendre plus lents et irréguliers les battements de cet organe; une douleur précordiale et des troubles cérébraux en seraient la conséquence, sans parler des troubles digestifs.

Le *bromure de sodium* serait une préparation plus douce, mieux tolérée par l'estomac, devant être prescrite, de préference, à la précédente, aux femmes nerveuses, aux vieillards, aux enfants. On reproche au bromure de sodium d'être trop déliquescent, de sorte qu'on ne doit guère le prescrire qu'en poudre ou en sirop.

Le *Bromure d'ammonium*, qui a l'avantage d'être plus stable, a une saveur particulièrement salée et ammoniacale qu'on peut déguiser dans du sirop d'écorces d'oranges. Rosenthal l'a prescrit à la dose de 6 à 8 grammes par jour pendant des mois sans inconvénients.

Le *bromure de camphre* qui, chez nous, a rencontré l'appui de M. Bourneville, a paru à Rosenthal inférieur aux bromure de potassium et de sodium. Il le considère pourtant comme un important antidote de la strychnine à la dose de 1 à 2 grammes, donnés en deux ou trois fois à court intervalle. Ce sel serait utile dans les palpitations de cœur d'origine nerveuse, dans l'excitation sexuelle et les pollutions (Berger), dans l'irritation de la vessie de 0,20 à 0,40 trois fois par jour. L'usage prolongé est mal toléré par l'estomac, en outre, un des malades de Rosenthal qui s'en était administré 1 gramme d'un coup, présenta les symptômes suivants: lourdeur de tête avec sensation de constriction, respiration courte, abaissement du nombre des pulsations cardiaques, faiblesse des membres et troubles intellectuels assez marqués.

Le *bromure de zinc*, très déliquescent, ne peut être prescrit qu'en pilules ou en solution par doses de 0,10 jusqu'à 0,40 par jour, il serait particulièrement indiqué dans les spasmes musculaires hystériques.

Le *bromhydrate de quinine*, très peu soluble dans l'eau, davantage dans la glycérine à chaud, mais surtout dans l'alcool, a réussi à Rosenthal contre les vomissements hystériques.

MM. Chéron et Fauquez (1) ont récemment entrepris de nouvelles expériences de contrôle sur l'action comparée des bromures alcalins, et voici à quelles conclusions ils sont arrivés.

Ces sels agissent par le brôme comme modérateurs des centres réflexes.

Le bromure de potassium joint à son action sédative des centres nerveux, une action dépressive sur le système musculaire due au potassium : *c'est un névro-musculaire* — Le bromure de sodium agit comme le bromure de potassium sur les centres nerveux, mais il n'agit point sur le système musculaire ; il est simplement *modérateur réflexe et éliminateur*. — Enfin, le bromure d'ammonium est un modérateur reflexe par le brôme, comme les deux précédents, et par l'ammonium, il est excitant diffusible. C'est à la fois un *modérateur reflexe et un excitant de la périphérie*. Par conséquent, d'après les auteurs que nous venons de citer, lorsqu'on veut agir sur le pouvoir reflexe et sur le système musculaire, c'est au bromure de potassium qu'il faut donner la préférence. Si, au contraire, il suffit d'agir sur les centres reflexes, le bromure de sodium est indiqué. Enfin lorsque, en respectant le système musculaire, on veut agir sur les centres nerveux et amener une détente de la circulation, un abaissement de pression, le bromure d'ammonium donnerait ce résultat.

S'il faut maintenant donner notre avis sur ce point litigieux, nous dirons que ces distinctions entre les nuances thérapeutiques des sels brômiques nous semblent un peu subtiles et un peu théoriques. En ce qui concerne l'épilepsie tout au moins, le traitement quotidien d'un grand nombre de malades nous a amené à cette conclusion que si quelques épileptiques réfractaires au bromure de potassium sont amendés par un autre

(1) Arch. f. Psych. 1876.
(2) Wien. Med. Presse. 1878.

(1) Journal de thérapeutique 1881.

composé bromique, dans la grande majorité des cas, le bromure de potassium réussit de préférence aux autres, il offre d'ailleurs les avantages de solubilité, de prix et de stabilité; aussi commençons-nous toujours par le prescrire et n'avons-nous de recours à ses prétendus succédanés qu'en cas d'échec.

Pour terminer cette revue, citons une méthode usitée par un certain nombre de médecins depuis quelque temps ; elle consiste à associer dans la même préparation plusieurs composés bromiques c'est le traitement par les *polybromures*. Ce sont les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium qui ont été le plus habituellement associés.

II

Ainsi donc le bromure de potassium, utile dans la chorée et le nervosisme, est souverain dans l'épilepsie. Est-il donc, comme le prétendent les annonces pompeuses de certaines feuilles, le spécifique des névroses! Il n'en est rien, puisque celle qu'on a appelée la grande névrose, la plus répandue assurément, *l'hystérie*, n'est point amendée par l'usage de ce médicament, et c'est à peu près en pure perte que beaucoup de médecins le prescrivent encore aux hystériques. L'opinion est bien faite sur ce point dans l'hôpital où l'on est le mieux à même d'étudier l'hystérie, à la Salpêtrière; M. Charcot ne le prescrit jamais, et son élève, P. Richer, dans son livre magistral sur l'Hystéro-épilepsie, insiste sur cette inefficacité des bromures qui peut, dans certains cas, être un élément de diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie.

L'extraordinaire fréquence des névroses, l'embarras dans lequel se trouvent à chaque instant les praticiens en face de ces affections, souvent difficiles à diagnostiquer, et plus encore à traiter, expliquent aisément la prédilection avec laquelle les travailleurs ont porté leurs efforts vers l'étude de ces affections, naguère véritable chaos.

Mais, comme cela est ordinaire dans les périodes de transition, les écrivains se sont divisé ce vaste champ de recherches, et ont consacré chacun leur labeur au défrichement de tel ou tel point; aussi les monographies, les travaux spéciaux se sont si bien accumulés, qu'à moins de lire sans cesse et de suivre au jour le jour le développement de la littérature médicale, il est devenu impossible de se mettre au courant des résultats considérables atteints depuis quelques années.

Il y a près de vingt ans qu'un des brillants professeurs de la Faculté de Paris, Axenfeld, s'était voué à la tâche d'exposer en un traité didactique l'état actuel de la science sur les névroses, et ce fut à cette époque un événement. Mais, depuis lors, que de conquêtes nouvelles ont été faites dans la pathologie nerveuse, qui, pour n'avoir pas été condensées en un seul traité didactique, sont encore trop peu répandues dans le monde!

Nous avions annoncé dans notre précédent article que la tâche ardue de recueillir tant de matériaux épars, et de refaire en 1882, ce qu'Axenfeld avait accompli en 1863, c'est-à-dire de doter la littérature médicale d'un Compendium des Névroses, avait été entreprise et menée à bien par un des médecins les plus instruits des hôpitaux de Paris, élève lui-même d'Axenfeld, M. Henri Huchard. Le *Concours médical* a été heureux de pouvoir faire connaître à ses lecteurs par de trop courts extraits, l'œuvre d'un confrère aussi distingué que sympathique; celui qui écrit ces lignes ne se pardonnerait pas de laisser passer une telle occasion de témoigner à un maître des plus affectionnés le respect qu'il éprouve pour sa science et son talent; il joint sa faible voix au concert d'éloges dont la critique salue « l'ouvrage considérable que vient de publier M. Huchard, sous le titre modeste de deuxième édition du Traité des Névroses d'Axenfeld. » (H. Barth).

Sept cents pages, ajoutées à un livre qui n'en comptait que cinq cents, permettent de mesurer l'étendue des progrès que la Médecine a fait dans la connaissance des névroses. Ces développements attestent de plus que M. Huchard a non-seulement accompli le dernier vœu d'un maître respecté en rajeunissant son œuvre, mais qu'il a aussi créé et élevé à côté de la première une œuvre personnelle, absolument originale, riche de faits observés dans une pratique privée étendue ainsi qu'à l'hôpital, écrite enfin dans un style dont la clarté et l'élégance ne sont pas les moindres qualités.

Pour ne pas sortir du sujet qui nous occupe aujourd'hui, nous puiserons dans ce livre d'utiles considérations sur le traitement des névroses.

III.

« On est convenu de donner le nom de névroses à des états morbides, le plus souvent apyrétiques, dans lesquels on remarque une modification exclusive, ou au moins prédominante de l'intelligence, de la sensibilité, ou de la motilité, ou de toutes ces facultés à la fois ; états morbides qui présentent cette double particularité, de pouvoir se produire en l'absence de toute lésion appréciable et de ne pas entraîner par eux-mêmes de changements profonds et persistants dans la structure des parties. »

En considérant la nature des fonctions nerveuses atteintes par la maladie, on admet quatre ordres de névroses : *névroses de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence;* enfin des *névroses mixtes ou complexes*, caractérisées par des désordres plus ou moins nombreux et simultanés de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence. Ces dernières sont la chorée, l'epilepsie, la neurasthénie ou état nerveux, la catalepsie, l'hystérie. Nous avons précédemment indiqué d'une manière suffisante le traitement le plus efficace de l'épilepsie. Il nous reste à donner quelques aperçus sur les médications les plus convenables à opposer aux trois plus fréquentes dans la pratique : la chorée, la neurasthénie et l'hystérie.

IV.

Traitement de la chorée. — Si l'on admet avec M. Bouchut (1) que certaines chorées soient symptômatiques d'un autre état morbide, et que, dans ces cas, le traitement de la cause ait les plus grandes chances d'être suivi de succès, on opposera à la *chorée vermineuse*, les anthelminthiques; à la *chorée dentaire* qui surviendrait surtout à l'époque de la dentition, sous l'influence d'anomalies dentaires, l'avulsion de la dent incriminée; à la *chorée anémique des convalescents*, les toniques; à la *chorée rhumatismale*, les bains de vapeur ou sulfureux, l'arsenic; à la *chorée de cause morale*, les antispasmodiques.

Outre que beaucoup de chorées ne peuvent être rapportées à une des causes précédentes, le plus grand nombre des médecins croient que, même en présence de chorées symptomatiques, il faut traiter la névrose elle-même. Une opinion assez répandue est que la chorée, *livrée à elle-même*, sans aucune intervention thérapeutique, dure ordinairement de cinquante à soixante-dix jours, qu'il y a d'ailleurs des chorées très bénignes, cessant plus tôt, et d'autres rebelles à tout traitement, de sorte qu'on est fort embarrassé pour juger l'efficacité réelle de telle ou telle thérapeutique préconisée.

Pourtant il y a exagération évidente à nier l'amélioration que certaines médications procurent.

Dans les chorées graves, quand l'agitation est assez violente pour faire craindre par sa prolongation l'épuisement des forces, les médicaments *hypnoptiques* ont l'avantage de suspendre temporairement les mouvements choréiformes en procurant le sommeil. On a un peu délaissé de nos jours l'opium et les sels de morphine que Trousseau employait. Les inhalations de chloroforme, et surtout le *chloral* réussissent à procurer un sommeil réparateur. Le chloral est particulièrement bien supporté chez les enfants, et Bouchut a pu faire dormir impunément de petits malades quinze à dix-huit heures par jour, pendant dix-huit jours consécutifs, en leur donnant 6 grammes de chloral en deux fois. Pourtant la dose habituelle est de 1 à 3 grammes. Moutard-Martin et Steiner seuls sont opposés au chloral et le regardent comme nuisible.

On n'a pas tiré de bénéfice des stupéfiants (belladone, datura, jusquiame) non plus que du cannabis indica qu'employait Corrigan.

Nous avons déja dit que parmi les sédatifs du système nerveux, le bromure de potassium, de 2 à 6 grammes, rendait les plus grands services dans la chorée, et était employé par beaucoup de praticiens distingués, malgré l'opposition de Ziemssen et Steiner.

L'alcaloïde de la fève du Calabar, l'*ésérine*, qui avait été préconisé par M. Bouchut, n'a donné aucun résultat entre les mains de M. Cadet de Gassicourt. Les médicaments tétanisants ont été aussi employés, et on sait que Trousseau faisait usage du *sulfate de strychnine*, dans le but de produire la raideur tétanique et de combattre ainsi la clonicité par la tonicité. Commençant par 2 milligrammes et demi, il atteignait avec hardiesse 3 et même 6 centigrammes par jour, chez des enfants de cinq à dix ans; cette méthode hardie et dangereuse est fort délaissée, ainsi que le *sulfate d'aniline* recommandé par Turnbull, et qui agirait comme la strychnine.

M. Cadet de Gassicourt (1) dit avec raison qu'en présence d'une chorée, on a à lutter contre cinq ennemis ; l'incoordination des mouvements, l'anémie, les douleurs rhumatismales, les manifestations endo-péricardiques, le rhumatisme cérébral. Les trois derniers symptômes peuvent manquer et sont justiciables des moyens propres au traitement habituel du rhumatisme. Les deux premiers sont constants, et c'est à eux que la thérapeutique doit s'attaquer.

Pour agir contre l'anémie, nous avons les *médicaments reconstituants*, toutes les préparations ferrugineuses, sirop d'iodure de fer, teinture de Mars tartarisée, pilules etc., suivant les susceptibilités particulières des divers organismes ; — puis le quinquina; — surtout *l'arsenic* qui agit en même temps comme médicament d'épargne et comme tonique du système nerveux. On l'a administré en injections sous-cutanées, 4 à 5 gouttes de liqueur de Fowler, et l'action est plus rapide. Cadet de Gassicourt préfère l'arséniate de soude en solution par la voie gastrique, et, suivant qu'il veut combattre seulement l'anémie ou modifier en outre, les phénomènes convulsifs, il le donne à doses faibles et continues, 2 à 6 milligrammes par jour, ou à doses progressivement croissantes de 5 à 25 milligrammes en cinq jours, en augmentant chaque jour de 5 milligrammes et en ne donnant jamais plus de 3 milligrammes à la fois.

Comme adjuvants aux toniques, on recommande les *bains* ou *douches sulfureuses*, la *gymnastique* suivant certaines règles : « faire exécuter aux malades des mouvements rhythmiques, en commençant par des mouvements partiels, puis des mouvements d'ensemble, en permettant d'abord d'aller rapidement, et ensuite plus lentement, en leur faisant suivre harmoniquement des mouvements cadencés, accompagnés de chants réguliers que l'enfant répète avec le maître... les muscles finissent par se déshabituer du désordre et par obéir à la volonté du malade. »

Les indications fournies par l'élément convulsif peuvent être atteintes par un des quatre moyens suivants : le chloral, le bromure, dont nous avons parlé plus haut, le *tartre stibié*, *l'enveloppement dans le drap mouillé*.

L'Emétique en lavage, suivant la méthode de Gillette, convient aux cas ou le malade est vigoureux, où il n'y a pas de prostration des forces.

(1). Gaz. des Hôpitaux. 1878.

(1) Traité clinique des maladies de l'enfance T. II 1882.

Trousseau parle avec détails de ce traitement dans ses leçons cliniques. La cure comprend trois séries de trois jours, séparées chacune par un intervalle de trois à cinq jours, et comportant progressivement des doses de 20, 40 et 60 centigrammes. 25,50 et 75; enfin 30, 60 et 90 centigrammes de tartre stibié.

Quand le sujet est trop débilité pour supporter cette médication assez brutale, il suffit d'étendre un drap mouillé sur une couverture de laine et d'entourer le malade de ces deux enveloppes superposées. Au bout de peu d'instant, la réaction s'opère, et le malade, calmé, s'endort quelquefois profondément dans cette sorte de bain vapeur (Cadet de Gassicourt).

V

NEURASTHÉNIE est le nom qui tend à prévaloir depuis quelque temps pour caractériser l'affection si commune à laquelle on a successivement attribué les désignations de nervosisme, état nerveux, faiblesse irritable, névropathie cérébro-cardiaque ou cérébro-gastrique, etc. Nous n'avons pas à entrer ici dans les considérations pleines d'intérêt que soulève l'interprétation de cette névrose protéiforme, longue et douloureuse odyssée de souffrances occupant tous les organes, atteignant toutes les fonctions et pouvant aboutir à une véritable cachexie nerveuse.

Un point mis en lumière par les études les plus récentes est la nature rhumatismale ou goutteuse de cette maladie, si bien que, dans la plupart des cas, *la neurasthénie est une névrose arthritique* (Huchard.)

Lorsqu'on est consulté par un névropathe, on se trouve en présence de deux indications: 1° Il faut *traiter* la cause qui a engendré et entretient l'état neurasthénique. On arrive, en s'informant des occupations habituelles et du genre de vie des malades, à découvrir quel est le point défectueux de leur hygiène physique et morale, et, dès lors, leur donner des conseils appropriés : le plus souvent une vie tranquille, à la campagne, au milieu d'une famille unie, loin du bruit des villes et des soucis d'affaires, des promenades fréquentes, des distractions plutôt physiques qu'intellectuelles conviendront; dans d'autres cas, des voyages, qui éloigneront le malade pour un temps d'un intérieur troublé par les querelles domestiques, seront préférables. Toujours il faut bannir la solitude et l'oisiveté.

La connaissance du vice diathésique (arthritis ou herpétisme) fréquent chez les neurasthéniques devra engager le médecin à essayer, soit le salicylate de soude à petites doses (1 à 2 grammes par jour pendant un ou deux mois), — soit l'arsenic qui peut agir comme antiherpétique et comme tonique.

L'anémie, les affections utérines, les dyspepsies, compagnes fréquentes de l'état nerveux, seront combattues par les moyens ordinaires, fer et manganèse, substances eupeptiques (pepsine, pancréatine, papaïne, acide chlorhydrique), les absorbants, la noix vomique.

2° Il faut ensuite *traiter les accidents ou complications* de la névrose, et comme la douleur, sous les formes les plus variées et dans les points les plus opposés de l'organisme est une manifestation inséparable des autres troubles, tous les narcotiques, les anesthésiques, les sédatifs et les anti-spasmodiques devront être tour à tour essayés, puis quittés ; car chacun d'eux ne saurait longtemps soulager les malades.

Un point sur lequel il est bon de fixer l'attention, c'est la variabilité extraordinaire avec laquelle les sujets neurasthéniques supportent les substances médicamenteuses : l'un goûtera à peine quelques heures de sommeil après avoir ingéré des doses considérables de chloral ou d'opium, un autre sera presque intoxiqué par un centigramme d'extrait thébaïque. Il s'agit là, on l'a dit avec justesse, d'une véritable *ataxie thérapeutique*, qui impose au praticien la nécessité de tâter toujours la susceptibilité de son malade à l'action de chaque médicament nouveau qu'il lui prescrit.

Comme cette névrose est caractérisée par des alternatives d'irritation et de dépression, lorsque la forme dépressive existe, c'est à l'hydrothérapie qu'on s'adresse, aux bains stimulants, aux frictions sèches, aux eaux minérales excitantes pour revenir bientôt aux calmants et aux révulsifs, quand les phénomènes d'irritation reparaissent.

Par beaucoup de côtés, le traitement de la neurasthénie se rapproche de l'hystérie, les crises convulsives mises à part, et nous craindrions de mettre un peu trop à l'épreuve la patience de nos lecteurs en continuant cet exposé général. L'occasion ne saurait tarder pour nous d'être ramené à l'étude de l'hystérie, et nous remettons à ce moment là l'examen de la thérapeutique qui lui est applicable.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LOI ROUSSEL. — CERTIFICAT DES NOURRICES.

Très honoré confrère,

Je me permets de vous adresser quelques réflexions qui me sont suggérées par la lecture de la lettre de notre confrère le Dr Lamotte, et la réponse que lui a faite le Dr Bibard, de Pontoise, relativement au certificat des nourrices, lettre et réponse insérées dans le numéro du 8 juillet du *Concours médical*.

Dès le début de mon inspection en 1878, j'ai cru devoir faire payer les certificats que je délivrais aux nourrices. Cependant quelques-unes me firent des réclamations à ce sujet et je résolus, en 1879,

de demander l'avis de l'administration préfectorale. M. le préfet de Seine-et-Oise me fit répondre, le 3 avril 1879, par notre estimé confrère, le Dr Sellier, inspecteur départemental :

« *Les médecins inspecteurs ne sont, en au-* « *cune façon, tenus de délivrer gratuitement les* « *attestations dont les nourrices doivent être* « *nanties.* »

L'administration, ne croit donc pas, contrairement à l'avis de mon confrère, que nous devions délivrer gratuitement nos certificats aux nourrices. Si on voulait prendre à la lettre l'article 15 de la loi Roussel, les bureaux de nourrice devraient également placer gratuitement les enfants en nourrice.

Je crois, du reste, que, pour bien juger cette question, il faut non seulement examiner la loi Roussel, mais encore le règlement d'administration publique du 27 février 1877 qui la complète. En effet, la deuxième section du titre premier, est entièrement consacrée aux médecins inspecteurs. et à ce que l'administration exige d'eux, en retour des émoluments dont parle le dernier article (article 15) de la dite section. Or, dans aucun article, il n'est question du certificat médical.

Je regrette donc, pour ma part, que le Dr Bibard, avec sa compétence et son autorité en la matière, admette la gratuité du certificat médical, alors que le *Concours* cherche à fixer, en tout et pour tout, une juste rétribution aux services qui nous sont demandés.

Veuillez agréer etc...

Dr E. Sève.
de Limours (*Seine-et-Oise.*)

II

ÉTUDE

SUR LA RÉQUISITION EN MATIÈRE DE MÉDECINE

par le Docteur CAUCHY (de Bapaume).

Membre du Concours médical.

Extrait des comptes-rendus de la Société médico-scientifique du Pas-de-Calais.

I

La réquisition, en matière de médecine, est un acte émanant de l'autorité judiciaire ou administrative, adressé à un médecin, afin de lui demander son avis sur une question dont il a seul la compétence.

Quatre choses sont à considérer dans l'étude de la Réquisition : 1° le droit de requérir ; 2° du médecin requis ; 3° de l'objet de la réquisition ; 4° des honoraires et de leur mode de payement.

Premièrement. — A qui appartient le droit de requérir ? — Il est à remarquer que le code d'instruction criminelle classe à part la réquisition médicale. C'est, en effet, en vertu de l'article 9 du code d'instruction criminelle. Article 9 : — « *Dans* « *la recherche des crimes et délits, la police* « *judiciaire est exercée, sous l'autorité des* « *cours d'appel, par les Procureurs de la Ré-* « *publique, les Juges d'instruction, et les offi-* « *ciers de police auxiliaire* » que toute personne, en tant que simple citoyen, peut être réquisitionnée par l'autorité judiciaire ; mais quand il s'agit des Médecins, le législateur avait si bien compris le rôle à part prépondérant, sacré, que les médecins sont appelés à remplir dans une instruction, qu'il voulut qu'ils ne pussent être requis comme médecins que par des considérations spéciales ; aussi l'article 43 du même code dit ceci : Article 43 : — « *Le Procureur de la République,* « *lorsqu'il se transportera sur les lieux, se fera* « *accompagner au besoin, d'une ou deux per-* « *sonnes présumées, par leur art ou profession,* « *capables d'apprécier la nature et les circons-* « *tances du crime ou délit.* » — Et, pour spécifier davantage encore, dans les cas de la compétence spéciale des Médecins, l'article 44 les vise spécialement. — Article 44 : — « *S'il s'agit d'une* « *mort violente, ou d'une mort dont la cause* « *soit inconnue ou suspecte, le Procureur de* « *la République se fera accompagner d'un ou de* « *deux officiers de santé, qui feront leur rap-* « *port sur les causes de la mort et sur l'état* « *du cadavre, — les personnes appelées dans le* « *cas du présent article, et de l'article précé-* « *dent, prêteront, devant le Procureur de la* « *République, le serment de faire leur rap-* « *port, et de donner leur avis en leur honneur* « *et conscience.* »

C'est donc toujours, et exclusivement, en vertu de ces deux articles, et quelquefois en vertu de l'article 44 seulement, que les médecins peuvent et doivent être requis.

Qui donc a autorité pour requérir les Médecins ? Le Procureur de la République seul a droit de requérir les Médecins, parce que, seul, il est désigné par les articles 43 et 44, qui auraient pu étendre ce droit à d'autres comme il l'avait fait à l'article 9, sur le droit de réquisition en général.

Cependant, comme les articles 43 et 44 du code d'Instruction criminelle n'ont été faits qu'en vue du cours régulier de l'instruction judiciaire ; qu'aussitôt après la découverte de circonstances mettant sur la voie d'un crime ou d'un délit, il est urgent de ne pas laisser perdre de temps, pouvant faire disparaître des traces qui n'existeraient plus lors de l'arrivée du parquet ; dans ces circonstances, toute autorité, quelle qu'elle soit, agissant d'urgence, et sous sa propre responsabilité, a droit de requérir, en vertu des articles 43 et 44, comme s'il était délégué d'urgence par le Procureur de la République ; en attendant que celui-ci ou le juge d'instruction commence l'enquête, empruntant alors à l'article 9 la pensée qui avait dicté l'adjonction des officiers de police auxiliaires.

Ainsi, en droit, le procureur seul a droit de requérir mais, en fait, toute autorité, agissant d'urgence, et sous sa propre responsabilité (Juge d'instruction, Juge de paix, Commissaire de police, le Maire, à son défaut l'adjoint ou bien un Conseiller délégué, le chef de la gendarmerie) ont droit faire une réquisition.

II.

Mais si le procureur ainsi que ses auxillaires ont le droit de requérir, en ont-il aussi l'obligation ? en thèse générale ils le peuvent, seulement l'article 43 en indique les limites : *au besoin*, dit-il ; mais s'il s'agit de *mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte*, ils doivent; l'article 44 le dit expressément : Le Procureur *se fera assister d'un, ou de deux officiers de santé*. Dans ce cas l'obligation est formelle, et il est nécessaire qu'un ou deux médecins fassent partie de l'instruction. Tels sont les droits et les devoirs du requérant.

Il nous reste une étude plus difficile et plus délicate celle du médecin requis ; parce qu'alors notre rôle de passif devient actif, et qu'il est urgent de ne pas s'engager dans une voie d'autant plus facile à fausser qu'elle est mal déterminée.

III.

Deuxièmement. — Quel est le rôle du Médecin requis en matière judiciaire ? Deux ordres de personnes, à des titres bien différents, viennent apporter leur témoignage à la justice, ce sont les témoins et les experts. A quel titre le médecin requis est-il donc appelé ? Cette question devrait paraître banale et ridicule, tant notre rôle d'expert est patent, si l'article 25 du décret du 18 Juin 1811 n'avait jugé à l'occasion des honoraires que le Médecin était toujours témoin dans le cours de l'instruction, ou aux débats ; paraissant faire entendre que s'il était expert, il ne l'était que par exception, à la première visite, en face du corps du délit, pour faire son rapport. Une circulaire ministérielle, en date du 7 décembre 1861, fit justice de l'article 25 ; nous reviendrons tout à l'heure à l'occasion des honoraires.

Il fallait, en effet, être aveugle comme sont sourds ceux qui ne veulent pas entendre, pour refuser au médecin le rôle d'expert. C'est le fait, en effet, qui s'empare du témoin, tandis que c'est l'expert qui s'empare du fait ; il suit de là que le témoin déclare purement et simplement ce qui a frappés ses sens, et rien de plus ; il doit être inconscient dans sa déposition, si j'ose m'exprimer ainsi, laissant au juge toute appréciation. L'expert au contraire étudie le fait, et parce que l'article 44 lui demande *son avis en son honneur et conscience*, il doit avoir droit à la connaissance du dossier. Puisque le conseil peut communiquer librement avec l'accusé, pourquoi l'expert, que j'ai appelé ailleurs : un juge au préalable, n'aurait-il pas libre connaissance des dépositions et témoignages pour confirmer ou modifier les conclusions de son rapport.

Je saisis cette occasion pour m'inscrire à l'encontre de la mise au secret des Médecins experts, et des experts en général, pendant les dépositions des témoins devant les juges ou les jurés. Quel intérêt peut-il y avoir à mettre au secret des experts, à qui l'on va demander des explications sur des faits qu'ils ne connaissent qu'imparfaitement, sur des circonstances qu'ils n'ont pas entendues. Cette mise au secret est l'amoindrissement de l'expertise dans ce qu'elle a de vrai, c'est sa violation dans ce qu'elle a d'essentiel ; elle est contraire à son institution même.

Et si l'on voulait pousser plus loin encore ces études comparatives de l'expert et du témoin, on trouverait, parmi de nombreuses dissemblances, que si le témoin est obligé, inévitable, qu'il ne peut pas être remplacé par un autre, l'expert, au contraire, est choisi, qu'il peut entrer dans l'affaire à tous les moments de l'instruction, qu'il peut être aidé, suppléé, au besoin même remplacé.

IV.

Mais cette considération du choix de l'expert, laissé au libre discernement du Procureur par les articles 43 et 44, nous conduit nécessairement à un autre ordre d'idées. Si le Procureur de la République est libre de choisir ses experts, les Médecins de leur côté sont-ils libres d'accepter ou de refuser cette mission ?

On vous dira tout-à-l'heure dans quelles circonstances la loi elle-même, d'accord avec votre conscience, vous oblige à garder le silence, quelle que soit votre opinion sur ce fameux article 378, je n'ai pas à vous en parler ; je ne pourrai que mal faire, et ternir ce que vous avez entendu d'une façon si lucide.

Le rôle du Médecin est tellement humanitaire de sa nature, et le monde a un tel besoin d'y recourir, que de tout temps, il y eut, aux yeux du vulgaire, comme une vague obligation planant sur la profession médicale : cette obligation au point de vue de l'expertise judiciaire était inscrite dans l'ancien droit, où il existait des dispositions en vertu desquelles les Médecins et les Chirurgiens qui désobéissaient aux ordonnances et refusaient leur ministère étaient passibles de peines, ils pouvaient même être déchus de leur degrés et de leurs grades et privés pour toujours de leur profession. Puisque ces lois existaient, elles ont dû nécessairement se présenter à la pensée du législateur qui les a répudiées comme contraire à notre liberté et à notre dignité professionnelle.

C'est donc en parfaite connaissance de cause que le législateur n'a pas voulu que la mission confiée à un Médecin fut obligatoire pour lui, aussi, nulle part, dans aucun article de la loi, nous ne trouvons ni l'esprit ni la formule de l'obligation, pour le Médecin, de recevoir une réquisition pour une expertise.

« Et c'était avec toutes sortes de raisons que Félix Roubaud écrivait en 1855 dans : *La France médicale* : « Ces obligations inscrites dans notre conscience ne peuvent l'être dans la loi : l'esprit échappe aux Gendarmes, et la pensée est au-dessus de toute réquisition. »

V.

Cependant, Messieurs, il ne faut pas se reposer avec une certaine quiétude dans notre droit; c'est avec moins de confiance, que n'en avait le Meunier du temps de Frédéric, que nous pouvons réclamer des Juges à Berlin. Ce ne sont pas en effet les Juges qui nous manqueront, mais ils seraient là pour nous condamner.

Un premier point est admis, sans que personne ait jamais songé à le contester: Le Médecin ne peut pas refuser une réquisition prétextant l'incompétence du requérant. Celui qui a requis l'a fait sous sa propre responsabilité, et il n'en est dû compte qu'à l'autorité. C'est donc purement et simplement sans aucune explication, que le Médecin peut ou non accepter la réquisition.

Il ne faut pas cependant se leurrer d'une illusion ; une condamnation constante attend le médecin. Si quelquefois des Tribunaux de première instance nous ont été favorables, et ils sont rares, la Cour suprême de cassation, en France du moins, a toujours suivi une jurisprudence opposée. Je n'ai pas à rappeler ces arrêts, vous les trouverez partout; ils s'appuient sur cette pensée, que si l'article 44 énonce pour MM. les Procureurs l'obligation de se faire accompagner d'un ou de deux Officiers de santé, cette obligation serait vaine, et tendrait au ridicule si les Médecins, de leur côté, avaient le droitde refuser l'expertise: il y aurait donc alors obligation par voie de réciprocité. La Cour de Namur (Belgique), a déclaré en 1840, à l'occasion d'un Médecin requis pour faire une autopsie : « que le « législateur, en s'abstenant de poser une sanction « pénale à l'article 44 du Code d'instruction crimi- « nelle, s'en est rapporté au zèle des Officiers de « santé, dont il n'a pas voulu supposer la résis- « tance aux injonctions des magistrats agissant au « nom d'intérêts si graves, et que si l'expérience « prouve que, dans quelques cas rares, il s'est « trompé dans son attente, il y a dans la loi une « lacune qu'il appartient au pouvoir législatif de « faire disparaître; mais qu'il n'est point permis « aux Tribunaux, en présence de l'article 44 du « Code d'instruction criminelle, de combler cette « lacune, en se livrant, sous prétexte d'interpréta- « tion, à l'extension des lois pénales. »

III

L'ARTICLE 909 DU CODE CIVIL.

Cet article est ainsi conçu : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auraient traité une personne *pendant la maladie dont elle meurt*, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur *pendant le cours de cette maladie*.

Sont exceptées : I° Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus : 2° Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même au nombre de ces héritiers.

Or, dans la dernière conférence des avocats, tenue sous la présidence de M. Henri Bardoux, bâtonnier, la question à discuter était ainsi conçue :

Les dispositions de l'article 909 du code civil s'appliquent-elles seulement au cas où il y a concordance entre les libéralités faites par le malade en faveur des médecins, chirurgiens, etc., et le traitement que ceux-ci dirigent ?

MM. Bouillon et Champetier de Ribes ont soutenu l'affirmative, MM. Jumin et Deville, la négative. Ministère public, M. Allou (Roger).

La conférence a adopté la négative.

Comment a-t-on pu torturer la langue française pour arriver à cette conclusion ! Décidément l'étude du droit fausse le jugement et il y a encore de beaux jours pour la chicane (*Le Praticien*).

IV.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Une décision récente de la Cour de cassation, proclamant que, lorsqu'un docteur d'une Faculté étrangère énonce sa qualité de docteur, de manière à créer une confusion telle que le public puisse croire à un titre conféré par une Faculté française, il usurpe le titre de docteur français, et tombe alors sous le coup de l'aggravation de peine prescrite par l'article 36 de la loi du I9 ventôse an XI.

PRIX DU CONCOURS MÉDICAL.

POUR L'ANNÉE 1882.

Ce prix sera de la valeur de cinq cents francs.

Il sera délivré à l'auteur du meilleur *travail original*, observation, étude professionnelle etc... inséré dans le journal en 1882.

En nous accusant réception du prix délivré en 1881, M. le Dr POULET (*de Plancher-les-Mines*) nous écrivait : « Désireux de contribuer, moi aussi, au succès du journal de notre Société, je vous prie d'affecter la somme de cinquante francs pour le prix à décerner en 1882, etc... »

M. le Dr DHOSTE, (*de Guérigny, Nievre*) nous a adressé, dans le même but, la somme de vingt-cinq francs; M. le Dr RÉGNIER (*de Surgères, Charente-Inférieure*) la somme de vingt francs.

En remerciant vivement nos confrères de leur généreuse intervention, nous informons les membres du *Concours* que nous avions un reliquat de 74 fr. sur les sommes recueillies en 1880 ; ce qui, avec les 100 francs que le *Directeur* veut consacrer à la même destination, produit un total de 269 fr. qu'il sera facile de compléter à *cinq cents francs* d'ici à la fin de l'année, grâce aux

dons que nous espérons recueillir parmi les nôtres et, au besoin, avec les ressources de la *Société.*

Nous publierons désormais les noms des donateurs, à moins d'un désir contraire exprimé par eux.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'eau chloroformée; son emploie à l'intérieur.

MM. Lasègue et Regnault ont communiqué à *l'Académie de Médecine*, la note suivante sur ce sujet :

L'eau chloroformée est obtenue en versant dans un flacon, aux trois quarts plein d'eau distillée, un excès de chloroforme ; on agite à plusieurs reprises le mélange, et on laisse déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau chlroformée, absolument transparente, est séparée de l'excès de chloroforme par décantation ou à l'aide d'un siphon; elle contient alors 9 parties de chloroforme pour 100 d'eau.

L'observation a démontré que divers sels dissous dans l'eau (chlorate de potasse, bicarbonate, de potasse, borate, salicylate de soude) ne modifient pas, d'une façon appréciable, la solubilité du chloroforme. On peut donc, l'indication échéant, préparer des solutions de ces sels dans l'eau chloroformée, en se tenant, quant aux doses, au-dessous des limites extrêmes de la solubilité (à + 15°) de ces sels.

Bien qu'il soit aisé de faire un sirop de chloroforme ou d'associer cet agent en petites doses à une boisson alcoolisée, suivant les indications qu'on pourrait avoir à remplir, MM. Lasègue et Regnault sont d'avis que l'eau chloroformée, pure ou atténuée, suffit à toutes les nécessités de la médication interne par le chloroforme.

En résumé, l'eau chloroformée, dont la saveur est agréable, qui procure à la bouche une sensation de fraîcheur se prolongeant quelques minutes après l'ingestion, sans laisser de goût persistant à sa suite, comme les solutions éthérées, est, aux yeux de MM. Lasègue et Regnault, pour le traitement interne, l'agent fondamental. En supposant qu'on juge utile de remplacer l'eau pure par d'autres liquides, tels que le vin, les liqueurs sucrées, on devra toujours se référer à elle comme au type. Aussi la recommandent-ils comme excipient au-dessus de tous les autres. Elle a l'avantage de s'adapter à tous les médicaments avec une facilité exceptionnelle.

La propriété qu'a l'eau chloroformée de conserver sa saveur dans la bouche, pendant une ou deux minutes, permet de faciliter l'introduction de certains médicaments désagréablement sapides, sans blesser le goût. Elle a pu être associée ainsi avec avantage avec l'huile de ricin avec les émulsions de gomme-gutte.

Dans l'eau chloroformée, considérée comme simple excipient, on n'a envisagé jusqu'ici que les facilités qu'elle apporte à l'administration des médicaments. Par l'action directe qu'elle exerce sur les membranes muqueuses et les surfaces avec lesquelles elle est mise en contact, elle peut être utilisée pour certaines affections de la bouche, des gencives, des dents, du voile du palais, du pharynx.

Ingérée dans l'estomac, il est hors de doute que l'eau chloroformée excite l'estomac. Mais elle agit diversement, suivant qu'elle est administrée avant, pendant ou après l'alimentation, selon qu'un temps plus ou moins long s'écoule entre le repas et l'absorption du remède.

Comme mise en train de l'appétit, l'eau chloroformée est un mauvais agent. A la fin du repas, soit seule, soit associée à un vin alcoolique et sucré, elle accroit les qualités stimulantes du vin, ou donne les mêmes effets que lui.

Où l'eau chloroformée jouit d'une efficacité incontestable, et qui lui appartient en propre, c'est quand elle est administrée pour combattre les maladies multiples qui surviennent au cours de la digestion et qui la troublent. Son maximum d'action thérapeutique répond aux trois ou quatre heures qui suivent le repas, à ce moment où les troubles fonctionnels s'expriment par des baillements, des tensions ou des éructations gazeuses, des sensations de pression ou de lourdeur épigastrique, de l'écœurement, des bouffées de chaleur au visage, des menaces vertigineuses.

A un plus haut degré, lorsque les trouble digestifs se traduisent par des douleurs stomacales lancinantes, perforantes, de l'anxiété, de l'angoisse, un mouvement fébrile passager, de la sécheresse de la bouche, du tympanisme douloureux, de l'oppression, des palpitations etc., son action deviendrait nuisible, cette période de l'indigestion s'accommodant mal de n'importe quel excitant.

L'eau chloroformée, en un mot, produit dans l'estomac et y répète les effets sédatifs que l'on constate si facilement à l'intérieur de la bouche. Si elle ne guérit pas la maladie, elle en atténue du moins les conséquences; c'est le remède de la crise, ne dispensant pas, d'ailleurs, du traitement principal. En définitive, la conclusion la plus claire et la plus évidente qui ressort de cette étude, c'est que l'eau chloroformée est un des calmants les mieux adaptés aux malades qui souffrent de dilatation de l'estomac pendant le stade pénible de leur digestion, et aux cancéreux qui se trouvent dans les mêmes conditions nauseuses.

***

Laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. Nicaise a fait à la *Société de Chirurgie*

un rapport sur deux communications, l'une de M. Richelot, l'autre de M. Krishaber, relatives à cette opération.

Dans la communication de M. Richelot, il s'agit d'un homme de soixante ans qui était atteint d'un vaste épithélioma du plancher de la bouche. M. Richelot pratiqua, chez ce malade, la laryngotomie intercricothyroïdienne comme opération préliminaire, après quoi, il pratiqua l'ablation d'une moitié du maxillaire inférieur, du plancher de la bouche, d'une moitié latérale de la langue et des ganglions correspondants: le malade succomba très peu de temps après l'opération. M. Richelot insista sur la facilité de l'opération préliminaire qu'il avait cru devoir pratiquer.

Les dimensions de l'espace cricothyroïdien sont parfaitement suffisantes pour introduire une petite canule; il est inutile de faire des débridements latéraux. M. Richelot a eu recours, dans ce cas, au thermocautère pour l'incision des parties molles. La canule doit être de petite dimension, car une grosse canule risquerait de rompre le cartilage cricoïde et serait, d'ailleurs, plus difficile à introduire. M. Nicaise a lui-même pratiqué cette opération sur un homme de soixante-sept ans, atteint d'un cancer du larynx; elle lui a donné un très bon résultat.

Quant à l'observation de M. Krishaber, elle montre bien que les cordes vocales ne sont nullement altérées par suite du voisinage de la canule.

M. Chauvel a eu l'occasion de pratiquer la laryngotomie intercricothyroïdienne. Il est impossible, dans cette opération, d'introduire une canule ordinaire; il en faut une beaucoup plus petite; encore cette petite canule est-elle souvent rejetée au dehors. En résumé, M. Chauvel n'est pas disposé à pratiquer cette opération chez l'adulte; il préfère la trachéotomie.

M. Verneuil a une certaine expérience de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Selon lui, c'est une excellente opération, facile à faire, dépourvue des inconvénients et des dangers de la trachéotomie. C'est même la seule possible dans certains cas. Il l'a pratiquée chez un malade atteint d'épithélioma du larynx et qui a survécu pendant un an, se croyant guéri. Il a gardé tout ce temps sa canule. M. Verneuil a dans son service un autre malade atteint d'épithélioma du larynx, avec des ganglions, un œdème du cou, des accès de suffocation, etc.; il a fait la trachéotomie cricothyroïdienne, et a mis la canule de M. Krishaber; le malade parle et mange très bien. Dans ces cas, il a eu recours au thermocautère et n'a pas perdu une goutte de sang. Tandis que la trachéotomie est une opération difficile, souvent dangereuse, surtout chez l'adulte, la laryngotomie intercricothyroïdienne est au contraire facile et exempte de dangers.

M. Farabeuf déclare que ses essais sur le cadavre lui ont montré que cette opération était plus facile que la trachéotomie; il ajoute que la canule de M. Krishaber est très facile à introduire.

M. Marc Sée a vu M. Krishaber pratiquer cette opération sur un malade de son service, à la maison Dubois. Il s'agissait d'un rétrécissement spécifique du larynx. L'opération a été faite avec la plus grande facilité. Ce malade est revenu voir M. Sée un an après; il portait encore sa canule, mangeait et parlait très bien, sans être aucunement gêné par les frottements dont on parle. M. Sée a pratiqué lui-même deux fois cette opération; la seconde fois, il a eu quelques difficultés à introduire la canule; il s'agissait d'un énorme goître suffocant; le cartilage cricoïde était ossifié. Quoi qu'il en soit, le résultat de ses expériences est que la laryngotomie intercricothyroïdienne est une excellente opération qui mérite d'être généralisée.

M. Desprès admet que c'est une opération plus facile et moins effrayante que la trachéotomie; mais, en chirurgie, il ne suffit pas qu'une opération soit facile, il faut qu'elle donne de bons résultats. Or, pour le croup, par exemple, où il importe de faire la trachéotomie aussi bas que possible, c'est évidemment une mauvaise opération. C'est également une mauvaise opération pour les malades qui doivent conserver longtemps leur canule, car cette canule est cause de frottements très pénibles. Enfin, il faut un plus grand nombre d'observations que celles que nous possédons pour juger la véritable valeur de la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. Lannelongue a pratiqué cette opération dans un cas de croup et en a obtenu un très bon résultat, puisque l'enfant a parfaitement guéri. Il l'a trouvée, en outre, d'une exécution extrêmement simple et facile. Or, il ne fait jamais la trachéotomie sans une grande crainte; il faut voir, dans les salles d'autopsie, les résultats de la trachéotomie dans les cas de croup: la trachée ouverte, tantôt en avant, tantôt sur le côté, tantôt en arrière; l'œsophage souvent ouvert, des déchirures de tous les côtés, le tronc brachio-céphalique lui-même constamment menacé. Il faut bien le dire: ce n'est pas toujours le croup qui tue, c'est souvent aussi le manuel opératoire de la trachéotomie. En outre, on éprouve souvent les plus grandes difficultés pour l'introduction de la canule. En somme, les difficultés inhérentes à la trachéotomie sont telles qu'il y a lieu de chercher s'il n'y a pas mieux à faire. La laryngotomie intercricothyroïdienne constitue donc un réel progrès.

M. Pozzi a vu M. Krishaber opérer un de ses amis atteint de phthisie laryngée. L'opération a fourni de très bon résultats. Le malade a vécu huit mois. M. Krishaber avait d'abord introduit une petite canule, puis quelques jours après l'avait remplacée par une canule plus grosse. Il se borne, en effet, à mettre seulement pendant les premiers jours une petite canule.

M. Nicaise. La laryngotomie intercricothyroïdienne est incontestablement une opération simple et facile. Le moindre effort parvient à rompre le cartilage cricoïde et à faciliter l'introduction de la canule. En un mot, c'est une opération qui mérite d'entrer dans le domaine chirurgical. Toutefois, parmi les objections de M. Desprès, il

en est une parfaitement juste : c'est que la canule est moins bien tolérée que dans la trachéotomie ordinaire. Aussi la laryngotomie ne peut-elle pas remplacer la trachéotomie; elle doit être considérée comme une opération de nécessité, difficile chez l'enfant, mais surtout applicable chez l'adulte.

***

Parasites de l'impaludisme.

M. Laveran rappelle qu'il a déjà signalé à la *Société des hôpitaux* la présence d'éléments parasitaires dans le sang des paludéens. En arrivant en Algérie, il s'était proposé d'étudier l'anatomie pathologique de l'impaludisme, mais ses autopsies lui montrèrent bientôt que la seule lésion constante de l'impaludisme était la présence d'éléments pigmentés dans le sang. Quant à l'origine de ces éléments pigmentaires, fallait-il admettre qu'ils étaient dus à la destruction des globules rouges? L'examen histologique du sang montra qu'en dehors des leucocytes mélanifères, décrits déjà par Frerichs, il existait d'autres éléments pigmentés dont la nature parasitaire n'était pas douteuse. M. Laveran décrit longuement ces éléments pigmentés parasitaires, auxquels il reconnaît trois formes et des caractères assez complexes. Il a observé que la médication quinique faisait disparaître les éléments pigmentés. Dans la cachexie palustre, ces éléments n'existent que dans les capillaires du foie et de la rate; dans les fièvres proprement dites, on les trouve dans la circulation générale; pour les observer, il suffit d'examiner le sang d'une piqûre au bout du doigt des malades. L'auteur reconnaît que l'histoire naturelle de ces parasites n'est pas encore suffisamment élucidée; mais, voici néanmoins les conclusions qu'il croit pouvoir proposer au sujet de leur rôle pathogénique: 1° les parasites existent toujours dans le sang des paludéens, au moins dans les capillaires de la rate; 2° l'abondance des parasites est en rapport avec les accidents; 3° c'est au début des accès qu'on trouve les éléments parasitaires en plus grand nombre; 4° jamais on ne trouve ces éléments parasitaires dans d'autres maladies; 5° les éléments disparaissent rapidement après la guérison de l'accès par la médication quinique; 6° les preuves expérimentales d'inoculation font défaut, parce que la fièvre palustre n'est pas inoculable aux animaux.

M. Laveran n'a pu établir par quelle voie les parasites pénètrent dans l'organisme, mais il croit qu'après ces recherches, la théorie parasitaire de l'impaludisme est établie sur des bases solides.

***

Signes de début de la Tuberculose.

M. le Dr Grancher a communiqué à la même Société un intéressant travail sur *la valeur des respirations anormales comme signes de début de la tuberculose commune.*

L'auteur établit trois variétés qui sont par ordre d'importance: 1 respiration rude; 2 respiration saccadée; 3o respiration faible. Chacun de ces signes a une grande valeur diagnostique; à lui seul, il permet d'affirmer la maladie; mais il faut pour cela certaines conditions.

La respiration rude et basse est un excellent signe du début; mais pour avoir sa valeur, il faut qu'il soit localisé au sommet, surtout au sommet gauche.

La respiration saccadée a moins de valeur; elle peut être causée par de la pleurite ou par des palpitations cardiaques.

La respiration faible n'existe que lorsqu'il y a déjà des lésions avancées; sa valeur est donc beaucoup moindre.

Contrairement à l'opinion de quelques médecins, M. Grancher pense que les modifications pathologiques de *l'inspiration* ont une plus grande valeur que celle de *l'expiration,* d'une part, parce qu'elles sont plus précoces et, d'autre part, parce que l'inspiration est identique dans les régions symétriques droites et gauches, tandis que l'expiration varie selon le côté que l'on examine et aussi selon le mode respiratoire du malade.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE.

Monsieur le Directeur,

Je viens vous faire part de nos efforts qui ont été couronnés de succès.

Aujourd'hui, nous avons définitivement adopté nos statuts et nommé notre chambre syndicale, en réunion de 17 membres :

Drs : Lafon, *président*, Moreau, *vice-président*, Barthe et Dubois, *syndics*.

Agréez, etc,

Dr Moreau, (La Rochelle),

NÉCROLOGIE

Nous apprenons une triste nouvelle, M. le Dr Andral, de Montpaut-sur-l'Isle (Dordogne), membre du *Concours* et l'un des fondateurs du Syndicat du département, s'est noyé il y a quinze jours, avec son domestique, en faisant une partie de pêche. Tous nos confrères s'associeront comme nous au deuil de la famille de notre digne et regretté confrère.

Un jeune médecin de Neuilly, M. le docteur Variot, vient de succomber à une angine couenneuse qu'il avait contractée au chevet d'un enfant.

Il meurt à trente ans, laissant une jeune femme de vingt-quatre ans et un enfant de quatorze mois.

BIBLIOGRAPHIE

Revue trimestrielle d'Opthalmologie pratique, publiée sous la direction du Dr F. Girard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Draguignan et du dispensaire ophtalmique, lauréat de la Faculté, etc. Deuxième année, 1er juillet 1882. Octave Doin, éditeur, Place de l'Odéon, 8, Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

12 Août 1882 — 4me Année. — No 32

SOMMAIRE

BULLETIN.

Comme nous l'avions annoncé, la séance annuelle de l'Académie de Médecine a eu lieu le 1er août. C'est M. *Bergeron*, le secrétaire annuel, qui a rédigé et lu le rapport général sur les prix décernés en 1881. L'Académie ne peut, en effet, paraît-il, arriver à réunir les rapports de ses Commissions, pour le prix d'une année, que vers le mois d'août de l'année suivante, c'est-à-dire un peu plus d'un an après la réception de tous les ouvrages et mémoires envoyés pour les différents concours ! L'année dernière, M. Bergeron s'était fortement élevé contre cette manière de faire; mais, comme il le dit lui-même, il a « prêché dans le désert, » et cette année n'est en avance que de vingt-quatre heures sur l'année dernière.

Aussi l'orateur n'a-t-il pas cherché à cacher la mauvaise humeur que lui inspirait un pareil état de choses, si préjudiciable aux personnes qui soumettent leurs travaux au jugement de l'Académie et bien capable, on le comprend, de diminuer, parmi les travailleurs, l'émulation que pourrait faire naître la perspective d'une couronne académique.

Nous n'entreprendrons pas la tâche ingrate de reproduire la liste entière des prix et des lauréats ; nous nous contenterons de relever les noms de quelques membres du *Concours médical* que nous avons reconnus à la lecture, nous excusant à avance des oublis que nous avons pu commettre.

Ce sont MM. les Docteurs *Juventin* (de Beaurepaire); *Fournier* (de Soissons); *Manouvriez* (de Valenciennes); *Giustiniani* (d'Ajaccio); *Guibert* (de Saint-Brieuc); *Durand* (de Marseillan); *Mantel* (de Saint-Omer); et pour terminer par un nom qu'il nous est tout particulièrement agréable de citer, M. le Dr *Decool* (d'Hazebrouck), qui a été un de nos collègues les plus actifs à la Commission de Révision de la législation médicale. Que nos heureux et distingués confrères veuillent bien recevoir ici nos plus sincères félicitations !

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

ABCÈS DE LA CUISSE ET PSOÏTIS.

Observation.

P... Jean, matelot à bord du cuirassé le Suffren, né le 21 janvier 1860 à St-Denis (île de la Réunion) entre le 7 mars, 1881, à l'hôpital d'Antibes pour phlegmon diffus de la cuisse droite. Le malade attribuait son affection à une grave contusion reçue au mois de novembre 1880 ; mais cette étiologie est fort peu probable, car, depuis lors, P... avait pu faire son service à bord.

Notre confrère de service fit appliquer pendant quelques jours des résolutifs sur la partie malade ; mais au bout d'une semaine, il existait à la partie inférieure de la cuisse une fluctuation manifeste. Une ponction faite avec un bistouri à la face antérieure de la cuisse, à sept centimètres environ

au-dessus de l'articulation du genou, donna issue à une grande quantité de pus; on ajouta une contre-ponction à la face interne du membre, et l'on plaça un tube à drainage réunissant les deux ouvertures. Des injections phéniquées furent pratiquées tous les jours, on appliqua des cataplasmes de farine de lin et on maintînt les forces du malade au moyen d'une nourriture substantielle et du quinquina.

Vers le milieu du mois de mars, la suppuration se tarit complètement, mais l'état général ne s'était guère amélioré; il restait toujours une vive douleur générale dans la cuisse, le membre était impotent, l'état général peu satisfaisant.

Le 1er Avril, nous prenons le service.

Notre confrère, après nous avoir fait connaître les détails que nous venons de relater, nous dit qu'il devait s'être reformé du pus, car le malade se plaignait d'une vive douleur dans toute la cuisse; il avait complètement perdu l'appétit, et était très amaigri. Le lendemain, en examinant le membre malade, nous n'avons pas de peine à reconnaître l'existence d'une vaste collection purulente siégeant à la face antéro-interne de la cuisse, sous la peau. Après avoir évacué le pus au moyen d'une ponction à la partie antérieure de la cuisse, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, nous faisons une contre-ponction dix centimètres plus haut et nous plaçons un drain.

La plaie faite par notre confrère au-dessus du genou se rouvre pendant que nous exerçons des pressions pour faire sortir le pus. Nous en profitons pour y enfoncer un tube à drainage qui pénètre de six centimètres environ.

Nous pratiquons une injection avec l'eau phéniquée au cinq millième; le liquide injecté par une quelconque des trois ouvertures sort par les deux autres.

Nous instituons le traitement suivant: Injections phéniquées deux fois par jour, pression avec les doigts pour faire sortir le pus; cataplasmes de farine de lin; vin de quinquina; régime *ad libitum.*

Vers la fin du mois, la suppuration était presque complètement tarie. Nous enlevons le drain inférieur, et nous exerçons une légère compression entre les deux ouvertures que réunit le drain supérieur. Deux jours après, nous enlevons celui-ci, et nous continuons la compression.

Le 1er mai, il ne sortait plus de pus par aucune ouverture, la cicatrisation était presque complète, l'état général s'était amélioré d'une façon notable, mais pas autant que semblait l'indiquer l'état local. De plus, la cuisse ne pouvait être placée dans l'extension. Pendant quelques jours, nous faisons porter le malade dans la cour de l'hôpital pour l'exposer au grand air et au soleil; mais, le 5 mai, il accuse une douleur très vive au niveau de l'aine droite, et la flexion de la cuisse sur le bassin est plus prononcée que les jours précédents.

En exerçant une pression légère dans la fosse iliaque droite, nous augmentons la douleur. Nous essayons avec précaution d'allonger le membre, mais nous ne pouvons y parvenir. Redoutant la formation d'un nouvel abcès, nous ordonnons deux onctions par jour avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasmes, un verre d'eau de Sedlitz le lendemain. Le traitement résolutif est continué quelques jours.

Le 19 mai l'état du malade s'était plutôt aggravé qu'amélioré. L'amaigrissement augmentait, il y avait des sueurs nocturnes profuses; perte d'appétit absolue; la douleur de la fosse iliaque droite n'avait pas disparu. La pression digitale augmentait toujours la douleur; on ne sentait plus de fluctuation. Nous basant sur ce qui s'était passé à la cuisse, sur les sueurs nocturnes, sur la flexion de la cuisse, sur le bassin avec impossibilité d'extension, nous supposons qu'il existe un psoïtis suppuré et nous proposons au malade une ponction exploratrice avec l'aspirateur de Potain Notre but était de faire une incision large au bistouri, si la ponction confirmait le diagnostic. P..., dont le système nerveux était très agacé par les souffrances prolongées qu'il venait de supporter pendant trois mois, tergiversa dix jours, avant de se décider; pendant ce temps, son état général en faisait qu'empirer, et était devenu déplorable.

Le 31 mai, le malade consent à l'opération. Après exploré de nouveau la région sans constater de fluctuation, ni d'empâtement profond, nous pratiquons le toucher rectal qui ne nous donne aucun renseignement. Nous faisons alors immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux fémoraux, à peu près à égale distance de leur trajet et de l'épine iliaque antéro-supérieure, une ponction avec le trocart le plus fin de l'aspirateur Potain.

A notre grande surprise, aucun liquide ne sort, mais en retirant la canule du trocart nous trouvons quelques gouttes de pus dans son intérieur. Notre diagnostic était juste, mais nous ne trouvions pas autant de pus que nous l'aurions supposé. Avant de faire une large incision avec le bistouri, que le malade redoutait d'ailleurs beaucoup, nous recommençons la ponction avec le trocart moyen. Cette fois nous retirons environ 300 gr. de pus franchement phlegmoneux, et le malade se déclare immédiatement soulagé. — Cataplasmes de farine de lin, potage, rôti, vin vieux, potion de Todd avec 2 gr. d'extrait de quinquina.

Il y a amélioration du 1er au 3 juin, mais, le 4, nous constatons de la douleur à la presion et un peu de fièvre. L'état s'aggrave le 5 et le 6; et le 7 nous recommençons la ponction avec le trocart moyen. Après avoir retiré environ 100 grammes de liquide purulent, nous injectons dans le foyer la solution suivante:

Acide phénique	1 gr.
Eau	100 gr.

Nous laissons le liquide quelques minutes, puis nous essayons de le retirer; ce qui nous est absolument impossible. Malgré diverses tentatives, nous sommes obligé d'enlever le trocart, et, à notre grand regret, de laisser le liquide. — Continuer les cataplasmes, le vin vieux et la potion

tonique. Le malade dort bien (8), et souffre beau coup moins. Le 12, la douleur a reparu, et es augmentée par la pression. Pommade belladonée

Le 15, nouvelle ponction avec le trocart moyen, qui donne issue à environ 125 gr. de liquide peu différent de celui qui avait été retiré dans les deux premières aspirations. Pansement compressif avec la ouate.

A partir du 16, l'amélioration se continue, le faciès devient meilleur. Le 20, nous commençons à produire dans les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale des mouvements qui sont très difficiles, à cause de l'immobilité gardée depuis si longtemps. Le 25, nous faisons lever le malade pendant une demi-heure. Il se tient avec difficulté sur ses jambes, même en s'aidant avec des béquilles. Il ne peut pas encore appuyer le pied sur le col. Les jours suivants nous continuons à faire exécuter de force des mouvements aux articulations rus-désignées. Nous ordonnons que le malade eeste levé tous les jours un peu plus longtemps t, à notre visite, nous lui faisons faire quelques pas devant nous, afin de l'obliger à s'appuyer sur la jambe malade; puis on le descend dans la cour de l'hôpital pour qu'il respire l'air pur.

Le Ier juillet P... commence à faire une dizaine de pas sans béquilles. Son état général s'est amélioré considérablement. Le sommeil n'est troublé qu'une fois par nuit par le besoin de manger: appétit excellent; les forces reviennent. Le mieux se continue de jour en jour et le 22 juillet, le malade quitte l'hôpital pour aller en convalescence.

Il marche très bien et ne ressent plus qu'un peu de faiblesse générale.

Dans ce cas, après l'abcès de la cuisse, nous croyons avoir eu affaire à une psoïtis; entre autres raisons, nous nous basons sur la flexion de la cuisse sur le bassin, sur l'acuité de la douleur, sur la quantité de pus qui a été faible et sur la guérison relativement rapide du mal. L'inflammation, étant limitée par le fascia iliaca, ne pouvait s'étendre, et une fois le pus enlevé, la guérison devait survenir, ce qui est arrivé. Remarquons, en passant, l'innocuité du liquide iujecté dans le foyer et laissé à demeure.

En résumé, nous croyons pouvoir tirer de cette observation les conclusions suivantes :

L'étiologie des abcès sous-péritonéaux ou intramusculaires n'est pas toujours nette.

L'existence du pus doit être recherchée soigneusement, en s'aidant au moyen de la ponction exploratrice, car la fluctuation est rare. Il faudra tenir grand compte des sueurs profuses qui inondent le malade.

La présence du pus constatée, l'abcès devra être vidé au plus tôt. On ne devra jamais attendre, comme l'ont conseillé Dance et d'autres médecins, que le pus se fasse jour dans l'intestin ; car cette ouverture serait plus dangereuse que l'ouverture cutanée; de plus, le pus pourrait perforer le péritoine et le cas serait assurément fatal. L'aspiration seule, ou accompagnée d'une injection destinée à modifier le foyer purulent, devra être préférée à l'évacuation au moyen du bistouri avec drainage. L'aspiration sera répétée deux, trois, quatre fois et davantage, tant que le malade ne sera pas guéri ou que son état n'empirera pas. Dans ce dernier cas, il faudra ouvrir largement l'abcès en évitant de léser le péritoine ; on placera un drain et l'on fera tous les jours des injections désinfectantes ou modificatrices, en surveillant bien la sortie du pus que l'on favorisera par la position du malade, et surtout par des pressions bien combinées. Si l'on comptait sur la compression exercée par les viscères abdominaux, comme l'ont dit quelques médecins, Després entre autres, dans l'article « Phlegmon et abcès de la fosse iliaque » du *Dictionnaire de Jaccoud, XVIIIe vol.*, on laisserait séjou ner le pus dans son foyer.

Il va sans dire que le traitement général devra se composer de toniques et même de stimulants.

Dr RAYMOND (*d'Antibes*),
Ancien interne des hôpitaux d'Avignon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINS ÉTRANGERS.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère.

A propos de l'article « Médecins étrangers » inséré dans le numéro 28 du *Concours* de cette semaine, qu'il me soit permis d'ajouter quelqu mots aux réflexions extrêmement justes qui y sont exprimées.

Il ne faut pas hésiter à le reconnaître, le médecin étranger jouit, non-seulement à Paris, mais aussi en province, d'un prestige auquel nous ne saurions point prétendre. Etrange aberration que celle de nos concitoyens qui ont un engouement aveugle, pour tout ce qui n'est pas français!

Il serait bien curieux, et sans doute très utile, de faire quelque étude sur ce sujet, et de rechercher la cause, ou plutôt les causes de cet entrainement absurde, mais manifeste vers l'étranger.

Doit-on incriminer notre légèreté innée, notre indifférence pour ce que se passe chez nous ?

En tout cas, chacun peut se rappeler qu'à un moment donné nous ne jurions plus que par l'Allemagne. Ses publications diverses inondaient notre pays, pendant que des légions de marchands de toile, de drap, espions qui ont été reconnus plus tard, trop tard, sous la livrée militaire, parcouraient nos campagnes livrées entièrement et sans défiance à leur caractère malsain

Telle fut la situation de la France aux plus beaux jours du fatal empire ; — Mais hélas! l'aveuglement était partout le même, aussi bien dans les hautes sphères officielles qu'au sein des mœurs populaires que le nom de Napoléon tenait encore sous le charme trompeur d'autrefois.

L'École de Médecine elle même suivit le courant dangereux qui bientôt allait nous précipiter vers la ruine.

On parlait beaucoup plus de Virchow en ce temps là en France qu'en Allemagne, pendant que des savants illustres ignorés dans leur Patrie, faisaient retentir les pays étrangers du bruit de leurs découvertes.

Cependant il est loin de ma pensée d'être injuste et ennemi du progrès d'où qu'il vienne. — Je n'ignore pas que l'Allemagne a produit des hommes illustres, de savants pathologistes ou histologistes .Mais ce que je n'entends pas, c'est que nous ayons besoin d'aller chercher ailleurs que chez nous le secret de la scienee qui immortalise notre Ecole de médecine avec des hommes tels que Brocca, Robin, Verneuil, etc.

Il faut bien l'avouer aussi, en ce temps de profond asservissement au Maître, l'étranger trouvait, même au sein de notre vieille et illustre faculté, un accès trop facile et des complaisances coupables.

Et ce qui a le plus contribué à déchaîner sur notre pays cette avalanche de médecins étrangers, c'est précisement le *favoritisme effréné* dont bénéficiaient les étudiants étrangers qui venaient suivre les cours de notre école de Médecine.

Ceux qui ont étudié en même temps que moi, c'est-à-dire à la fin de l'Empire, se souviendront aisément que dans certains, services d'hôpital nous avions manifestement le second rang; le professeur ne paraissait s'adresser qu'à ses auditeurs exotiques, — aux examens c'était la même complaisance, la même bienveillance, et le professeur se faisait le triste complice de la mauvaise prononciation du candidat. — J'en connais, et plus d'un, qui après avoir passé des examens déplorables, d'une faiblesse remarquable, ont su se créer dans notre bonne France, *alma mater*, une position des plus lucratives, et ce, au détriment de nos concitoyens moins heureux. Et ces équivalences de grades accordées à une foule d'étrangers?— et ces autorisations ministérielles d'exercer la médecine en France à quelques favoris qui n'avaient souvent d'autre mérite que de savoir jouer du violon dans tel et tel salon. — Oh je me trompe, qui savaient paafaitement exploiter nos crédules ? que Mònsieur le Préfet de police donne un vigoureux coup de balai et que les parasites disparaissent.

Dr Mora *(de Brunehamel.)*

II

ÉTUDE

SUR LA RÉQUISITION EN MATIÈRE DE MÉDECINE

par le Docteur **CAUCHY** (de Bapaume).
Membre du Concours médical.

(Suite)

VI.

L'article unique, sur lequel s'appuie constamment la Cour suprême de cassation, est le trop fameux paragraphe 12 de l'article 475 du Code pénal ainsi conçu : « Seront punis d'une amende « depuis six francs jusqu'à dix francs inclusive- « ment... 12° ceux qui, le pouvant, auront refusé « ou négligé de faire les travaux, le service, ou « de prêter le secours dont ils auront été requis « dans les circonstances d'accidents, tumulte, « naufrage, inondation, incendie, ou autre cala- « mité, ainsi que dans les cas de brigandage, « pillage, *flagrant délit*, clameur publique ou « d'exécution judiciaire. » Mais cet article n'est nullement la sanction des articles 43 et 44 ; la cour de Namur l'a déclaré; il ne vise que les facultés communes à tous les citoyens, c'est-à-dire le secours intelligent donné par la force physique et matérielle; et la vérité de cette considération est démontrée, d'une façon évidente, par le taux de la pénalité même. Est-il admissible, en effet, que le refus d'acceptation d'être expert en matière criminelle soit justiciable d'un maximun de dix francs d'amende, quand M. Devergie, voulant énoncer l'importance du rôle des Médecins disait : *médici proprie non sunt testes, sed judicium magis quam testimonium;* tandis que l'article 80, du même code, fixe une somme pouvant aller jusqu'à cent francs pour le simple témoin qui ne se sera pas rendu, soit à l'instruction, soit au débat. Cet écart si grand, en sens inverse de celui que l'on pouvait présumer, indique nettement que le paragraphe 12 n'est la sanction que d'un acte d'une importance beaucoup moindre qu'une expertise médicale; le maximum étant inférieur à quinze francs, ne peut, d'après l'article 466, s'appliquer qu'à une simple contravention, et assurément le législateur n'a pas pu classer parmi les simples contraventions, le refus si grave d'éclairer la justice comme expert, en matière criminelle, s'il avait voulu en sanctionner l'obligation.

Et encore, Messieurs, parmi les nombreuses circonstances énoncées en ce paragraphe 11, une seule est constamment visée, celle de *flagrant délit*, c'est-à-dire la plus vague de toutes. Qu'est-ce donc que le flagrant délit? Le flagrant délit, n'est pas un délit spécifié, c'est un mode d'être du délit ; l'article 41 le définit ainsi : « le délit qui « se commet actuellement ou qui vient de se com- « mettre... Seront aussi réputés flagrants délits, « le cas où le prévenu est poursuivi par la cla- « meur publique, et celui où le prévenu est « trouvé saisi d'effets, armes, instruments ou pa- « piers faisant présumer qu'il est auteur ou com- « plice, pourvu que ce soit dans un temps voisin « du délit, »

La Cour de cassation fait rentrer dans les cas de flagrant délit, les cas de blessures, de mort violente, dont la cause est inconnue ; d'après cela, il y a flagrant délit toutes les fois qu'il y a lieu de constater les causes de la mort; toutes les fois qu'un individu a reçu des blessures d'une manière quelconque, et dont il reste à connaître les circonstances.

Dès lors, ce cas de flagrant délit pouvant être invoqué dans toutes les circonstances les plus vagues et les plus incertaines, il est matérielle-

ment impossible au Médecin requis de ne pas obtempérer aux réquisitions qui lui sont faites, sans se placer sous le coup de l'article 475, nº 12 du Code pénal. Il a beau avoir en sa faveur les auteurs de la : *Théorie du Code pénal*, qui pensent, avec bien d'autres jurisconsultes, que les raisons qui ont déterminé le législateur à ne pas comprendre les experts dans l'article 80 devraient aussi rendre inapplicable au Médecin-expert le § 12. Ce n'est pas là l'avis de la Cour de cassation qui tient précieusement en réserve le cas de flagrant délit.

Et pourtant cette voie constante, dans laquelle la Cour suprême ne se déjuge jamais, et que j'appellerais illégale si ce tribunal, par sa nature même, n'était pas toujours censé bien interpréter la loi, doit trouver quelque part son explication.

VII.

Je ne sais comment m'exprimer pour me faire bien comprendre, et cependant je vous dois toute ma pensée.

Assurément nous avons tous la plus haute estime pour le grand corps de la magistrature française ; personne même ne pensera à me contredire si je disais que nous révérons nos juges; et pourtant le poëte aurait dit :

Et pour juges qu'ils sont, ils sont ce que nous (sommes,
Ils peuvent se tromper comme les autres hommes.

Ils subissent aussi, comme nous, cette loi qui veut que l'on emprunte toujours au milieu dans lequel on se trouve ; ils ont aussi leur part des faiblesses humaines ; et a, en matière d'instruction judiciaire, ils vivent dans une sorte d'omnipotence qu'ils veulent ériger en dogme; c'est la faute du milieu qui les entoure et qu'ils ont subi malgré eux, comme ils le feront subir aux autres. Voilà pourquoi il ne peuvent pas comprendre, eux, Juges suprêmes, qu'un Médecin requis puisse avoir le droit de se récuser lui-même. Le Médecin leur est trop utile, indispensable même, et il leur échappait; comme expert, il n'était pas touché par l'article 80 du Code d'instruction criminelle, ni par les articles 304, 355 et 236 du Code pénal. Ils ont trouvé un petit paragraphe, le plus élastique et le plus équivoque du Code; s'il n'eut pas existé, ne pouvant l'inventer, ils en auraient trouvé un autre.

Mais, Messieurs, je m'aperçois que je suis moi-même en ce moment coupable de flagrant délit en abusant de vous, en vous tenant trop longtemps ; aussi je m'empresse de réclamer des circonstances atténuantes en vous disant peu de choses sur la troisième Etude :

VIII.

Troisièmement. — De l'objet de la réquisition déjà suffisamment connu par ce qui précède, je je me contenterai de vous rappeler que nous devons nous renfermer strictement dans les termes de l'objet énoncé dans le texte de la réquisition. Nous ne devons pas nous aventurer dans les questions qui ne nous sont pas posées, nous ne sommes qu'experts, ne faisons pas comme quelques Médecins trop pleins de zèle, et qui ont une tendance à remplir le rôle de Juge d'instruction. Si la Justice a besoin plus tard de nos avis, elle attache trop de prix à nos déclarations pour ne pas y recourir.

IX.

Quatrièmement — Des honoraires et de leur mode de payement. — Tout mérite vaut récompense, toute peine mérite salaire, et toute réquisition a droit à des honoraires, qu'un fameux tarif veut bien octroyer. Ce tarif date de 1811, il est bien vieux ; si nous avons quelquefois dans la société la prétention d'être des hommes de progrès, en fait de tarif nous devons nous avouer de vieux conservateurs; c'est le plus ancien de tous les tarifs, il est sans doute inamovible. Un jour, en 1854, le Maire de Bar-le-Duc fit mieux, il fut tout à fait radical, et refusa dn payer la réquisition par lui faite à un Médecin dans le courant d'une épidémie et il se trouva un tribunal civil qui l'approuva, se basant sur l'article 471 du Code pénal, qui punit ceux qui contreviennent aux réglements municipaux, et sur cette considération que la loi n'établit nulle part que celui qui s'y sera conformé aura droit à un salaire ou à une indemnité, le juge de Bar-le-Duc fut cassé par la Cour et notre vieux tarif ne fut pas encore oublié.

X.

Chacun de nous connaît le texte du tarif de 1811. Je me bornerai à en rappeler les dispositions principales.

« Article 17. — Pour chaque visite et rapport, « y compris le premier pansement s'il y a lieu, à « Paris 6 francs, dans les villes de 40,000 hab. « et au-dessus 5 francs, dans les autres villes et « communes 3 francs. — 2º pour les ouvertures « de cadavre et autres opérations plus difficiles « que la simple visite et en sus des droits ci-des- « sus; à Paris, 9 francs, dans les villes de 40,000 « habitants et au-dessus 7 francs, dans les autres « villes et communes 5 francs.

« Article 24 dans les cas où ils sont obligés de « se transporter à plus de 2 kilomètres...

« Article 91 — Une identité est fixée pour « chaque myriamètre parcouru en allant et en « revenant à tous les Médecins et Chirurgiens « 2,50 etc.

« Article 92. — L'indemnité est réglée par my- « riamètre et demi-myriamètre. — Les fractions « de 8 ou 9 kilomètres sont comptées pour un « myriamètre et celles de 3 à 7 pour un demi-my- « riamètre.

« Article 95 — .... Ils recevront pour chaque « jour de séjour forcé, savoir : les Médecins et les « Chirurgiens 2 francs etc.

« Article 25. — Dans tous les cas ou les Méde-
« cins, Chirurgiens seront appelés, soit devant le « Juge d'instruction, soit aux débats à raison de « de leurs déelarations, visites ou rapports, les « indemnités dues pour ces comparutions seront « payées comme à des simples témoins, et *seule-* « *ment s'ils requièrent taxe*. »

Il suffit de jeter les yeux sur l'énumération qui précède pour sentir tout ce qu'il y a d'injuste, de vexatoire et de blessant pour la dignité médieale. Louis Penard, dans le Bulletin de la Société de Médecine légale écrivait: quand il s'agit des honoraires en Médecine légale, nous sommes en présenee d'une loi surannée qui, ayant fait plus que son temps, n'est pas à la hauteur des services rendus, n'est plus en harmonie avec les eonditions économiques de notre époque. Ce *statu quo* durant depuis quatre-vingts ans, a eompromis et et eompromet tous les jours de respectables intérêts matériels ; en durant davantage, il eompromettrait plus encore ; de par la patience qui se lasse et le mécontentement qui fermente, il ébranlerait l'œuvre de la justiee, cet intérêt social de première ordre. »

M. le Dr Decaisne, dans un article humoristique publié dans le *Moniteur de la policlinique*, montre que nous sommes taxés à un taux inférieur aux bêtes de somme requises pour le transport.

XII.

Cependant, pour être tout à fait exact, ce vieux tarif, en ce qui concerne l'assimilation aux témoins ordinaires, dans le cas énoncé en l'article 25, a pu subir, selon les ressorts des cours d'appel, une modifieation qui le rend encore aussi dérisoire, mais moins blessant. A la suite des démarches du Conseil général de l'Association des Médeeins de France, l'attention de M. le Garde des Sceaux fut spécialement attirée sur ee fait, et le 7 décembre 1861, dans une circulaire, M. le Ministre s'en remettait à l'appréeiation des Procureurs généraux, pour la taxe eomme expert dans le cas de l'article 25.

Or, je ne sache pas que la Cour d'appel de Douai ait suivi cette voie, ear plusieurs fois, appelé par M. le Juge d'Instruction d'Arras, je subis la taxe du simple témoin, et tous mes Confrères sont dans le même cas.

J'ai donc l'honneur de proposer à l'Assemblée générale de la Société *Médico-Scientifique*, de prier son bureau d'étudier la question de savoir, si eet article 25 est remplaeé dans notre ressort de Douai par la décision de M. le Garde des Sceaux, en date du 7 décembre 1861, et dans le cas ou il ne le serait pas, de vouloir bien attirer sur eette question la bienveillante attention de M. le premier Président et de M. le Procureur général. (*A suivre*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Des polypes du rectum chez les enfants. *(Clinique du professeur Bistroff, de Saint-Pétersbourg.)* — L'auteur, après avoir rappelé que Stolz, Guersant et Bokaï ont décrit cette affection, en rapportent trente-un cas observés dans les sept dernières années, sur 39,550 enfants (soit 0, 79 pour 0|0.)

Ces polypes sont toujours recouverts par une muqueuse, leur intérieur consiste en adénomes aplatis où boursouflés on plus rarement en fibro-adénomes. Le pédicule est toujours muqueux, et plus ou moins vascularisé.

La présence du sang dans les selles, en quantité variant depuis quelques gouttes jusqu'à deux cuillerées, est le symptôme dominant et quelquefois le seul : ce sang pur ou mélangé de mucosités. Son plus ou moins d'abondance dépend de la taille, de la texture de la tumeur et de la consistance des féces, la défécation est variable, ou normale (l'auteur n'a jamais observé de moulages sur les masses fécales.) Rarement on constate de la douleur, souvent du ténesme lié à un écoulement muqueux. Un signe incontestable serait le prolapsus et le retrait de la tumeur par l'ouverture anale ; mais la situation élevée du polype peut rendre ces phénomènes impossibles, même pendant les efforts de la défécation. Ces polypes ont une couleur plus foncée que celle de la muqueuse rectale, leur dimension varie depuis celle d'un pois jusqu'à dépasser celle d'une prune, la forme en est ronde ou ovale, rarement en poire, la consistance molle; ils présentent un extérieur lisse, et ne sont bosselés ou purulents que par exception.

Généralement ces tumeurs ont des pédicules de longueur et de largeur variables; dans des cas observés, ils étaient implantés 2/3 sur la partie antérieure, 1/3 sur la parti postérieure du rectum, entre les deux sphincters. Aucun malade ne portait plus d'un de ces polypes, leur généralisation est gênée par les hémorrhagies répetées.

La moyenne de cette affection est deux fois plus élevée à Saint-Pétersbourg qu'ailleurs, ce qui tient au catarrhe intestinal qui y est si fréquemment observé. Comme âge, le plus jeune des enfants avait deux ans huit mois, le plus âgé 13 ans ; l'âge moyen fut chez les garçons 6, 8, chez les filles 7 4; âge qui coïncide avec le moment ou apparaît la catarrhe intestinal. Le sexe paraît sans influence (15 garçons, 16 filles.) Les débuts sont insidieux et échappent à l'observation ; l'évolution est variable (un mois à 2 ans.)

Une ouverture ronde située au milieu de la tumeur permettra de ne pas confondre avec une chûte du rectum, dans ce dernier cas aussi, il y aurait augmentatiou pendant les efforts de défécation. Les polypes sont plus rares que les prolapsus ; ceux-ci sont plus fréquents chez les tout jeunes enfants, les autres n'apparaissent guère avant l'âge du trois ans. L'auteur n'a jamais observé les deux à la fois. Deux fois l'on avait songé à des hémorrhoïdes ; mais outre que celles-ci sont très rares chez les enfants; M. Bystroff n'en ayant observé que cinq fois en dix-huit ans, le diagnostic hémorrhoïdes peut être basé sur les signes suivants; diminution de la tumeur par la pression, dimensions variant par le plus ou moins grand

degré de constipation; la tumeur est rarement isolée, il existe d'autres dilatations variqueuses, l'hémorrhagie est plus rare et irrégulière, il n'y a pas de pédicule.

On ne confondra pas ces polypes avec une dysenterie, parce qu'il n'y aura pas de fièvre, les selles seront normales, recouvertes seulement, mais non pénétrées de sang, enfin la constatation de la tumeur ne permettra plus aucun doute. L'hémorrhagie intestinale peut cependant être confondue avec la menstruation.

Par l'exploration, on sera mis à l'abri d'un diagnostic erroné de fissure à l'anus; et il n'est guère possible de se tromper, quand on a affaire à des fistules, des productions syphilitiques ou des ulcérations. Les lavements irritants sont un excellent moyen pour provoquer la sortie des polypes; on a également la ressource de l'exploration digitale et du spéculum.

Le polype peut se détacher spontanément; on peut trancher le pédicule avec le ciseau ou le bistouri, l'auteur rejette les cautères en principe.

(*Extrait de la Deutsche-médicinal-Zeitung.*)

Dr Fischer.

REVUE CLINIQUE

Hopital des Enfants-Malades. — M JULES SIMON

BAINS DE MER. — DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DES BAINS DE MER.

A. *Des bains de mer froids.* — Personne n'ignore combien la thérapeutique infantile peut tirer d'heureux résultats de l'hydrothérapie maritime; mais, je crois que beaucoup de jeunes médecins, cédant à une vogue que justifie souvent le succès, négligent de se bien pénétrer des contre-indications des bains de mer. Dans les ouvrages spéciaux, on ne trouve généralement pas sur ce point une formule assez précise. Mettant à profit l'expérience que j'ai acquise, par une pratique de plus de vingt ans déjà, qui s'appuie à la fois sur des observations faites dans ma clientèle, et sur celles que j'ai recueillies dans cet hôpital dont les enfants sont envoyés à Berck, je me propose de vous exposer, dans cette conférence, aussi bien les mécomptes que l'hydpothérapie maritime vous réserve, si vous en usez sans discernement, que les avantages sérieux que vous êtes en droit d'en espérer, si les indications sont bien remplies.

L'eau de mer, en été, a une température à peu près uniforme. Elle s'élève d'un degré en juillet, reste à peu près stationnaire au mois d'août, pour s'abaisser graduellement en septembre. Elle ne suit pas les oscillations thermiques de l'atmosphère. Elle se maintient sur nos plages aux chiffres moyens de 15° à 20°. Cette propriété dépend de sa densité, de sa richesse en sels. Elle contient, dans nos climats, en dehors des carbonates et des sulfates, 25 à 27 grammes de chlorure de sodium par litre. On y trouve aussi du brome, de l'iode et des substances organiques.

L'eau de mer est utilisée de plusieurs manières: en bains froids, en douches froides, en bains chauds, en douches chaudes, en irrigations, en pulvérisations. Au milieu de cette étude, ne perdez pas de vue l'action de l'atmosphère maritime, chargée de vapeur d'eau, de buée saline qui peut être parfois un stimulant favorable, mais, contre laquelle vous aurez souvent à défendre vos malades. Enfin, quelques médecins ont eu l'idée de donner l'eau de mer en boisson; c'est une pratique à ne point suivre, elle provoque quelquefois des troubles digestifs incoercibles.

Un mot sur l'action physiologique des bains froids.

Les *bains froids* ont sur l'organisme des effets bien appréciables: les uns sont immédiats, ils sont provoqués par l'immersion, ou surviennent pendant et après le bain; les autres sont tardifs, plus généraux, et révèlent l'influence du traitement maritime sur l'état de nos fonctions. Ce sont là des données de physiologie thérapeutique importantes à retenir, parce qu'elles forment le guide le plus rationnel dans l'analyse des contre-indications et des indications que peut présenter le malade, comme dans le mode d'administration de l'hydrothérapie maritime, lorsqu'elle a été jugée convenable.

Les premiers phénomènes qui résultent de l'immersion sont : un saisissement, une sensation d'oppression plus ou moins vive; la respiration et la circulation se ralentissent, la peau pâlit, le sang reflue vers les viscères, vers la tête surtout. Au bout de quelques secondes, survient une agréable réaction. On éprouve une sensation de soulagement; la circulation s'accélère, la peau s'échauffe et se colore pendant que la respiration devient plus large. Cette réaction favorable varie, vous le comprenez, avec les mille et une conditions d'âge, de tempérament et de santé générale.

Si elle ne se produit point, apparaît un nouveau *frisson secondaire* accompagné d'une oppression plus grande qu'à l'entrée du bain.

Chez les enfants trop jeunes, trop délicats, chez les vieillards, ou, par le seul fait d'un trop long séjour dans la mer, le frisson secondaire est un accident à redouter. Il peut en résulter des effets congestifs vers les centres nerveux et les organes internes, et une déperdition de calorique fort préjudiciables.

Après le bain, vous observerez un brisement des membres, une lassitude générale, et, fait plus important, une céphalee, une excitation nerveuse et dépendant de l'afflux du sang vers le cerveau. Quand les indications des bains de mer sont bien remplies, ces phénomènes consécutifs à l'immersion ont de moins en moins de durée, à mesure que le nombre des bains augmente. Dans l'intervalle des bains, on voit les forces s'accroître, l'appétit est plus vif, la digestion plus facile, et la circulation sanguine et lymphatique s'accélère d'une manière appréciable. Le pouls devient plus rapide et plus plein, les tissus sous-cutanés moins empâtés, et les glandes lymphatiques moins volumineuses.

Chez les enfants et surtout chez les petites filles, il n'est point rare de voir apparaître de la constipation, qui, si on n'est point prévenu, fait perdre aux voies digestives le bénéfice de l'excitation acquise. Vous entendrez quelquefois des parents se plaindre du contraire, et affirmer que leurs enfants sont toujours ou tout ou moins souvent atteints de dévoiements pendant leur séjour au bord de la mer. Il y a là une erreur d'interprétation. Dans la plupart des cas, c'est l'usage d'une eau non filtrée ou de mauvaise qualité qui en est la cause, ou bien il s'agit d'une diarrhée saisonnière pour laquelle l'hydrothérapie maritime ne saurait être mise en ligne de compte.

Croyez-moi, attirez l'attention des parents sur ces deux faits : l'excitation cérébrale et la constipation, dont vous prévoyez toutes les conséquences. Si vous n'y mettez bon ordre, la tête devient lourde, le ca-

ractère aigri, la susceptibilité nerveuse extrême, l'appétit perdu, et le fonctionnement régulier des voies digestives s'altère et s'enraye.

B. *Des bains de mer chauds.* — Avec les bains de mer tièdes ou chauds, la poussée congestive est beaucoup plus modérée, la réaction moins brusque et moins intense. Elle est cependant appréciable sur tous les grands appareils. Vous pourrez constater le fait sur la circulation, la respiration, le système nerveux, et chez les femmes, même sur les voies génito-urinaires. M'occupant plus spécialement des enfants, je me borne à souligner cette dernière action, qui a bien son importance chez l'adulte; vous devez en tenir grand compte dans les contre-indications à cet âge. Les femmes atteintes de congestion douloureuse des organes génito-urinaires se trouvent fort mal, en général, de l'hydrothérapie maritime.

Si vous ajoutez à cette influence du bain de mer l'action excitante de l'atmosphère salée, vous comprendrez comment, chez les enfants nerveux, le sommeil est très agité, et pourquoi les crises deviennent plus vives et plus fréquentes. J'ai vu des enfants névropathes tomber dans une telle perversion nerveuse que leur caractère était irascible, méchant. Parfois même, le moindre prétexte faisait éclater une convulsion. Je puis vous en dire autant des hystériques, des épileptiques, dont les attaques se rapprochent et s'accentuent par le seul fait du séjour au bord de la mer.

Tels sont les principaux effets physiologiques des bains de mer, et même du séjour au bord de la mer.

Suivant la méthode que j'ai adoptée pour l'étude des eaux minérales, je vais passer en revue, d'abord, les contre-indications. Chacun de vous connaît les principales indications de l'hydrothérapie maritime, mais, peut-être en est-il, parmi ceux qui m'écoutent, qui seront surpris de la longue énumération que je vais faire sur le chapitre des contre-indications.

Contre-indications. — La question d'âge prime toutes les autres. Les vieillards ne doivent pas prendre de bains de mer, ni même stationner trop longtemps sur les plages, s'ils sont sujets aux congestions; ce séjour peut être funeste aux individus qui offrent des prédispositions à l'aploplexie cérébrale. A partir de cinquante à cinquante-cinq ans, l'hydrothérapie maritime doit être repoussée. Le jeune âge est aussi une contre-indication générale, les enfants au-dessous de deux ans ne doivent pas prendre de bains froids; on ne peut les envoyer au bord de la mer que pour remplir certaines conditions d'excitation, mais il faudra toujours s'en tenir à des ablutions avec de l'eau de mer attiédie. C'est aux enfants au-dessus de trois ans, aux adolescents et aux adultes que le traitement maritime devient réellement profitable; je vais de suite vous apprendre quelle sont les exceptions que vous devez faire.

N'envoyez pas au bord de la mer les sujets *irritables*, les enfants chez lesquels vous observez cet état que je désigne sous le non *d'irritation cérébrale*, issus de parents hystériques ou épileptiques; le séjour même des plages est mauvais pour ces jeunes névropathes, car, en dehors des bains, ils y respirent un air excitant; beaucoup de congestions et même des méningites n'ont pas d'autre point de départ. Parmi les adultes, n'y laissez pas aller les sujets *pléthoriques*, à tempérament *apoplectique*, ni les malades atteints *d'affection cérébrale* ou *spinale*. La chorée non plus ne se trouve pas bien du voisinage de la mer; cependant, je fais quelquefois exception pour les cas où la période d'excitation est passée, lorsqu'il ne reste plus qu'un peu d'affaiblissement; on peut alors tenter ce traitement, à la condition expresse qu'il ne s'agisse pas d'un de ces sujets irritables dont nous parlions plus haut.

N'autorisez jamais les *hystériques* à faire même un simple séjour au bord de la mer. De nombreuses observations personnelles m'ont démontré quels résultats fâcheux pouvaient suivre une semblable pratique. Par le cas suivant, vous en jugerez vous-mêmes. Il y a deux ans, on amena à Trouville une jeune fille de dix-huit ans, sujette à de grandes attaques, dont la santé générale était déplorable; elle ne mangeait plus, dépérissait à vue d'œil. Effrayée de cet affaiblissement toujours croissant, la mère eut l'idée de conduire la jeune fille aux bords de la mer. A peine y fut-elle installée que les attaques éclatèrent avec une violence extrême et se prolongèrent pour ainsi dire pendant la nuit comme le jour. La pauvre névropathe n'avait plus un instant d'acalmie. C'était une convulsion perpétuelle. Appelé à la voir, mon premier soin fut de lui conseiller de rentrer dans les terres, et surtout de se rendre à Bagnères-de-Bigorre, où elle éprouva, du reste, une détente, une amélioration qu'elle n'avait jamais connue.

Ainsi, l'hystérique est excitée par le seul fait du séjour au bord de la mer; à plus forte raison le sera-t-elle si elle prend des bains; alors on verra la céphalalgie, les douleurs, les attaques survenir ou s'aggraver. Je vous fais la même observation pour l'*épilepsie*.

Il faut aussi connaître la contre-indication du *rhumatisme*. Vous lirez dans les ouvrages qu'on peut envoyer à la mer les rhumatismes atténués. Je m'élève contre cette opinion: la plupart du temps, le rhumatisant supporte mal le voisinage de la mer, et un seul bain peut réveiller les accidents; le rhumatisme est pour moi une maladie d'interdiction, aussi bien dans sa forme chronique que dans sa forme subaiguë.

Le rhumatisme me conduit à vous parler des *affections cardiaques*. Il y a là, Messieurs, des cas bien délicats: certains enfants sont porteurs de lésions minimes, peu appréciables ou inaperçues, et cependant le séjour à la mer peut produire les effets les plus sérieux. Le rhythme cardiaque se trouble, la circulation s'embarrasse, et les grandes fonctions de l'économie s'altèrent progressivement. Les affections organiques du cœur, qui ont si peu de retentissement sur la circulation générale chez les enfants, deviennent, au bord de la mer, le point de départ de stase sanguine sur le poumon, le foie, les reins et les extrémités. L'atmosphère maritime, et, à plus forte raison, les bains de mer, provoquent une excitation excessive de l'organe central de la circulation. L'obstacle, siégeant à l'orifice, prend une importance d'autant plus grande que la propulsion est plus forte. Le cœur se fatigue, et ses battements sont frappés d'irrégularité. Je pourrais vous citer de nombreux exemples à l'appui de cette contre-indication. Permettez-moi de vous en rapporter un seul, qui s'est terminé d'une manière fatale. Je suis le médecin d'une famille composée de cinq enfants. Quatre enfants avaient besoin de bains de mer, mais une cinquième, fillette de dix ans, était atteinte d'une endopéricardite datant de quatre ans. Je m'opposai à son départ. La mère ne put tenir compte de mes conseils, et l'emmena à Villiers. La saison était mauvaise, l'été pluvieux, l'atmosphère chargée de brumes. Au bout de peu de jours, l'enfant fut atteinte de congestion pulmonaire double, de somnolence; son visage devint vultueux, ses extrémités cyanosées, tuméfiées et refroidies. Je fus appelé à la voir dans ce triste état. La seule indication qui me parut urgente fut l'éloignement de la mer. Malheureusement on s'y résolut trop tard, et la jeune fille ne tarda pas à succomber.

J'ai observé le même fait chez des cardiaques adultes

et chez des vieillards atteints d'induration des orifices du cœur. Il n'y a donc pas là seulement un inconvénient, mais un danger réel qu'il ne faut pas oublier. En résumé, toutes les affections du cœur, du péricarde, des gros vaisseaux doivent être bannies et des bains de mer et du séjour au bord de la mer.

Vous saurez naturellement, que les mêmes mesures doivent être prises à l'égard des sujets atteints d'*albuminurie* et de *maladie de Bright.*

Les affections cutanées ne relèvent pas du traitement maritime. Ne le prescrivez jamais contre les affections aiguës, ni même contre les affections de la peau. Tenez pour certain que toutes les dermatoses démangeantes, dépendant de l'herpétisme ou de la dartre, ou de l'arthritis, recevront une sorte de coup de fouet préjudiciable. L'étude physiologique du bain de mer et de l'atmosphère maritime nous rend un compte satisfaisant de cette excitation artificielle. Le *lupus* des enfants, si souvent scrofuleux, qui devrait, en raison de cette origine, trouver une atténuation, un arrêt à son envahissement par l'emploi des eaux chlorurées, loin de ralentir la marche destructive, reçoit une impulsion plus forte par l'eau salée et l'air maritime.

Je vous en dirai autant des *ophtalmies* de nature scrofuleuse, et même de toutes les affections chroniques de l'œil et des voiles palpébraux. L'atmosphère est chargée, en dehors de la vapeur salée, des fines poussières de la plage de sable qui entretiennent une irritation constante plus forte que le bénéfice apporté par l'amélioration générale de la santé.

Par la même raison, il faut interdire le séjour au bord de la mer aux enfants atteints d'*inflammations choniques de la muqueuse du conduit auditif.* Vous ne confondrez pas ces lésions purement superficielles avec les altérations osseuses du rocher et de l'apophyse mastoïde, qui trouveront, comme toutes les affections du squelette, un élément de guérison dans les bains de mer.

Je n'ai pas à insister auprès de vous sur l'inutilité et les dangers du séjour au bord de la mer pour toutes les *affections organiques* (cancers, tubercules). Là où il faut calmer les efforts de destruction, l'hydrothérapie et l'atmosphère maritime provoqueraient une réaction opposée. J'ai vu, néanmoins, des sujets scrofuleux atteints de bronchite chronique et même de tubercules pulmonaires, éprouver un réel soulagement par le fait d'une saison annuelle aux bords de la mer. Je connais des enfants et des adultes, manifestement tuberculeux, dont la santé s'améliore par un séjour prolongé sur les plages de la Manche. Je m'empresse d'ajouter que ce sont là des exceptions qu'il faut savoir interpréter, et dont il faut tirer un sage enseignement. Voici ce que je veux dire: si ces malades ne prenaient au bord de la mer les plus grandes précautions pour éviter les refroidissements de l'humidité du matin et du soir, les bénéfices qui résultent de la respiration d'un air pur et tonique seraient acquis en pure perte. Chez eux, l'état général s'améliore sans que l'état local s'aggrave; tout au contraire, les lésions s'arrêtent momentanément sous l'influence d'une nutrition et d'une oxygénation réparatrices. Je m'empresse d'ajouter que, si le sujet est enclin à des congestions pulmonaires, à une sorte d'éréthisme vasculaire, il s'exposera à de nouvelles poussées fébriles et à des hémoptysies.

Le *catarrhe chronique* des bronches, l'*emphysème* du poumon, l'*asthme* ne doivent point chercher l'entourage de la mer.

Je vous recommande encore de n'envoyer aux bains de mer qu'avec une très grande réserve les jeunes filles atteintes de douleurs ovariennes et de dysménorrhée. Les bains de mer provoqueraient des congestions et de nouvelles douleurs dans les organes du bassin.

Telles sont, Messieurs, les principales contre-indications qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit. Je crois à peine utile, en terminant ce chapitre, de vous rappeler l'interdiction qui doit nécessairement frapper d'une manière générale toutes les affections fébriles. Il serait insensé d'exposer même au séjour de l'atmosphère maritime des sujets fébricitants.

(*à suivre*). (*Progrès médical*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Association Syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Extrait du Compte-rendu de l'Assemblée générale du 6 juillet 1882.

Discours du Président.

Le syndicat médical de la Haute-Saône, dans sa réunion du jeudi, 6 juillet dernier, a décidé l'impression et l'envoi à tous les Médecins, adhérents ou non, du rapport du Président, et d'un résumé de la délibération de l'assemblée.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous annoncer le susdit rapport et les extraits du procès-verbal de la séance.

« Messieurs et honorés Confrères,

« C'est la première fois que l'Association syndicale des Médecins de la Haute-Saône se réunit depuis sa fondation; aussi ai-je cru utile de vous rendre compte de ce qui s'est passé à partir de cette époque jusqu'au moment présent, pour vous montrer le bien que cette institution a pu réaliser, et vous faire entrevoir celui qu'elle produira forcément par la suite, si notre devise : UNION ET CONCORDE, est appliquée par tous.

« Et d'abord, mes chers Confrères, notre Syndicat nous a-t-il rendu des services?

« A cette question je répondrai hardimemt oui! En petit nombre, il est vrai, mais il en a rendu.

« Ainsi, des renseignements qui m'ont été donnés par quatorze Médecins, il résulte que, dans onze localités, notre Tarif a permis d'élever les honoraires existant depuis un temps immémorial, et réellement peu en rapport avec l'augmentation de toutes les choses nécessaires à la vie.

« Vingt-deux Médecins, par l'envoi de nos diverses notes ont recouvré ce qui leur était dû, beaucoup plus facilement que de coutume, et sont rentrés dans des créances qu'ils considéraient comme perdues.

« Un petit nombre de nos Confrères, trois, se conformant à l'article 6, et refusant de se rendre à l'appel de clients débiteurs de leurs anciens Médecins, ont permis à ces derniers de toucher des sommes qu'ils avaient inscrites dans la colonne : *Perte.*

« Enfin, et je regarde ceci comme magnifique, nous avons pu, dans quelques cas, par nos conseils, empêcher la désunion entre des Confrères qui continuent à s'estimer comme par le passé.

« Notre Association a donc été utile, dans une petite mesure, soit; mais il ne faut pas oublier qu'elle est née d'hier et qu'elle est destinée, si nous le voulons tous, à rendre de réels services à notre profession.

« Un de ces services, et un des plus grands, consistera à augmenter le chiffre des honoraires qui nous sont donnés d'une manière si parcimonieuse par les diverses administrations.

« Jusqu'alors elles ont fait appel à notre science, à notre dévouement, à notre charité, et ce, jamais en vain. Mais si les Médecins ont donné tout ce qu'il leur était possible de donner: temps, science, santé, les administrations, au contraire, ont cru qu'une rétribution de manœuvre était grandement suffisante pour nous rémunérer, et, d'accord en cela avec le commun des mortels, elles ont pensé que le Médecin était trop riche, bien au-dessus de ce vil métal qu'elles distribuent à regret, et qu'il était largement récompensé par la conscience du devoir accompli.

« Les administrations les plus pauvres: bureaux de bienfaisance, médecine cantonale, sont plus riches que les petits cultivateurs; ceux-ci ont des revenus particuliers; celles-là ont des budgets votés par les communes et auxquelles viennent s'ajouter les subventions du département et de l'Etat. Eh bien, si le petit cultivateur trouve naturel de se gêner souvent pour nous payer, pourquoi ces administrations ne donneraient-elles pas autant que lui?

« Et ce que je viens de dire des bureaux de bienfaisance et de la médecine cantonale, je l'appliquerai avec plus de raison encore aux Sociétés de secours mutuels, car ces dernières sont riches, très riches, et ce qui paraîtra difficile à croire, quoique parfaitement démontrable, elles le sont devenues, en grande partie, grâce aux Médecins. *(Rapport du Dr Bellot, 1864.)*

« Voyez ces Sociétés, qui ne sont guère, jusqu'alors, reprensentées dans la Haute-Saône que par les Sociétés des instituteurs, des cantonniers, des pompiers; examinez leur budget, et vous reconnaîtrez bientôt, en effet que je ne dis que l'exacte vérité en affirmant qu'elles sont riches.

« Si elles sont riches, pourquoi faire à leurs membres des diminutions que nous ne faisons pas à de simples ouvriers, à de petits fermiers?

« Que leur devons-nous à ces Sociétés? Rien, car sous prétexte d'assurance contre la maladie, elles ne sont en réalité que des Sociétés pour l'exploitation en grand du médecin, lequel, dans la crainte qu'il a de ne pas être choisi par elles, leur fait des concessions insensées.

« Il est temps, Messieurs et chers Confrères, de penser à nous, de remonter le courant que, par notre générosité, notre imprévoyance, nous avons descendu jusqu'ici; c'est pourquoi je vous propose, chose parfaitement équitable, je crois, de ranger les malades des Sociétés de secours mutuels, de la médecine cantonale, des bureaux de bienfaisance, des enfants assistés et en nourrice, dans la troisième classe de notre Tarif, et de faire payer les consultations qu'on leur donnera, les visites, les voyages qu'on fera pour eux, ainsi que les diverses opérations exigées pour la vaccine, l'inspection médicale des écoles, comme nous faisons payer consultations, visites, voyages, opérations aux simples particuliers. Cependant, comme un certain nombre de communes et bureaux de bienfaisance ont un budget bien modeste, nous consentirons, si vous le voulez bien, à faire à ces derniers une réducton de 1/5 sur tous les prix de notre Tarif; du reste, la commission que bientôt je vous proposerai de former devra avoir pleins pouvoirs pour adopter tel projet d'organisation de médecine cantonale qui lui semblera favorable à ses mandants.

« Certes, nous éprouverons de la part de quelques administrations des difficultés, des obstacles; mais sachons résister, et si on ne veut pas faire droit à nos justes réclamations, refusons notre concours.

« Refusons notre concours aux administrations seulement, Messieurs, mais non aux pauvres, et continuons, comme par le passé, à soigner ces derniers. Plusieurs d'entre nous, ceux qui ont un certain nombre de circonscriptions, y perdront, sans doute, pendant quelque temps; mais cette perte sera momentanée: « il faut savoir semer, sans regarder à la dépense, pour récolter ultérieurement; » et, en attendant que par notre union, nous forcions les administrations à faire droit à nos demandes, nous cesserons *d'être des humbles à qui l'on veut du bien* (Surmay), et nous aurons au moins le plaisir de faire la charité librement et en notre nom.

« Les services que peuvent nous rendre les associations syndicales doivent-ils se borner à ce que je viens d'examiner? Non, et sans parler de l'exercice illégal de la médecine, contre lequel elles nous permettront de lutter avec plus de succès que par le passé, vous en serez convaincus en vous rappelant que le *Concours médical*, dirigé par le Dr Cézilly, journal qui compte déjà plus de deux mille abonnés, et à l'initiative duquel est due l'idée des associations de défense professionnelle, a publié un rapport à MM. les Médecins, sénateurs et députés, destiné à obtenir la *révision de la législation médicale.*

« Je n'en dirai pas plus long à cet égard, mais vous serez tenus au courant de tout ce qui arrivera par la suite, et si ce rapport ne suffit pas à secouer l'inertie de nos gouvernants à ce sujet, nous y arriverons un peu plus tard par notre nombre, car les Syndicats se multiplient de jour en jour, et ils envahiront, dans un avenir prochain, une grande partie de la France. A ce moment, il s'établira une entente obligée entre ces diverses parties d'un même tout, et alors nous seront forts pour demander à nos députés, à nos sénateurs Médecins ou autres, nos Confrères, nos amis, nos clients, une révision sérieuse de cette antique législation médicale qui, en ne la considérant qu'au seul point de vue de la médecine légale, regarde le Médecin comme sa chose, lui demande savoir, honneur, vie, pour lui donner en échange des tracas de toutes sortes et une rétribution humiliante, qu'il est obligé de gagner plusieurs fois encore, en allant, pour l'obtenir, du maire de sa commune au receveur, en passant par le juge d'instruction et quelquefois par le ministre.

« Messieurs, pardonnez-moi: j'ai dépassé les bornes d'une simple causerie, mais je finis, en recommandant d'avoir confiance en notre œuvre, de répondre aux questions posées par le President de l'Association, lors même que ces questions vous paraîtraient inutiles; de ne pas exiger par trop d'une institution à son début, d'avoir de la patience et de bien croire que nos Statuts sont faits pour soutenir le Médecin, et non, comme il a été dit, pour l'asservir et lui ôter son libre arbitre. »

Le Président de l'Association.
MAUSSIRE.

Voici la communication adressée au préfet de la Haute Saône au nom du syndicat.

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous envoyer, ci-jointe, une copie des délibérations de l'assemblée générale du Syndicat médical du département de la Haute-Saône, relativement à la médecine des indigents, à la vaccination, à l'inspection des Enfants-assistés, en nourrice et des écoles primaires.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE,

Vu l'augmentation de plus en plus grande du nombre des indigents inscrits sur les listes de la médecine gratuite des communes;

Vu le peu de discernement apporté à la confection de ces listes, où le Médecin n'est jamais appelé;

Vu l'exigence, chaque jour croissante, d'une certaine quantité d'indigents portés sur ces listes;

Vu les prix dérisoires donnés aux Médecins: Pour leurs consultations, 0; — pour leurs visites, 0 fr. 40 en moyenne; — leurs voyages, 0 fr. 12 à 0 fr. 14 par kilomètres, — leurs opérations, 0; — vaccine, 0: — inspection des enfants assistés, 0; — inspection des écoles primaires, 0;

DÉCIDE :

Art. 1er — A partir du 1er janvier 1883, les Médecins faisant partie du Syndicat médical de la Haute-Saône, ainsi que les Médecins dont les noms suivent :......... refuseront de signer les listes d'indigents qui leur seront présentées, et de donner leur concours à l'administration tant que l'organisation de la médecine gratuite, telle qu'elle existe actuellement, ne sera pas modifiée.

Art. 2. — Il sera nommé une commisson composée de dix membres, à laquelle se joindra, comme secrétaire, le secrétaire de l'Association, et qui sera présidée par le Président, ou à son défaut, par le vice-président de l'Association, les trois, membres de droit.

Cette commission, dont le siège sera au chef-lieu du département, se tiendra à la disposition de M. le Préfet de la Haute-Saône chaque fois que besoin sera; elle aura pleins pouvoirs pour adopter tel projet d'organisation de médecine cantonale qui lui semblera favorable à ses mandants.

Le Président de l'Association,
Dr MAUSSIRE.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminé mardi soir par la nomination de MM. Tapret et Barth.

Le concours a éte des plus remarquables et les deux candidats suivants, MM. Letulle et Chauffard, sont arrivés *ex æquo* avec le même nombre de points.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les concours du clinicat médical et chirurgical viennent de se terminer. Sont nommés dans l'ordre suivant :

Clinicat médical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Brissaud ; 2e M. le docteur Gaucher. Chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Faisans : M. le docteur Juhel-Renoy.

Clinicat chirurgical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Paul Second; 2e M. le docteur Bazy. Chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Petit (Charles); 2e M. le docteur Jullien.

Clinicat des maladies des enfants. — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Leroux. — Chef adjoint M. G. Variot.

Clinicat des maladies syphilitiques et cutanées. — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Leloir.

Clinicat obstétrical, — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Maygrier. — Chef adjoint : M. le docteur Bar.

Clinicat des maladies mentales. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Vallon comme chef de clinique titulaire, et de M. Rulff comme chef de clinique adjoint.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS.

Le Concours ouvert en 1881 sur la question de l'Angine de poitrine s'est terminé par la proclation de M. le docteur Charles Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), pour la médaille d'or, et de M. le docteur Trépant, de Nesle, pour la mention honorable. *Question mise au Concours pour l'année 1882* : DE LA GRENOUILLETTE. *Question mise au Concours pour l'année 1883* : DE L'INVERSION UTÉRINE. Des mémoires présentant les formes académiques habituelles, doivent être envoyés au Secrétaire avant le 1er Avril 1881, pour la première question, et le 1er Avril 1884, pour la dernière.

Le Secrétaire:
Dr H. LÉGER.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, commandeur de la Légion d'honneur, est mort le 2 août aux Mureaux, près Meulan (Seine-et-Oise)) dans sa soixante-quatorzième année.

BIBLIOGRAPHIE

Obésité et maigreur. Essai d'hygiène pratique par le Docteur Monin. Paris. Publication de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

TABLEAU DES GROSSESSES.

Nous avions déjà publié ce tableau dans notre numéro 22 (1881) ; mais ayant été donné dans les pages de couvertnre, il s'est trouvé enlevé par le brochage, et quelques-uns de nos lecteurs ont bien voulu nous demander de le reproduire dans le texte même du journal : nous nous empressons de déférer à leur désir.

Pour se servir de ce tableau il suffit de chercher, dans la première colonne, la date de l'apparition des dernières règles et on lit immédiatement, dans la seconde colonne, l'époque à laquelle l'accouchement devra avoir lieu.

Commencement des dernières règles	Jour de l'accouchement	Commencement des dernières règles	Jour de l'accouchement	Commencement dss dernières règles	Jocr de l'accouchement
JANVIER 1	Octobre 8	MAI 1	Février 5	AOUT 28	Juin 4
5	12	5		SEPTEMBRE 1	8
10	17	10	14	5	12
15	22	15	19	10	17
20	29	20	24	15	22
25	Novembre 1	25	Mars 1	20	27
28	4	28	4	25	Juillet 2
FÉVRIER 1	8	JUIN 1	8	28	5
5	12	5	12	OCTOBRE 1	
10	17	10	17	5	12
15	22	15	22	10	17
20	27	20	27	15	22
25	Décembre 2	25	Avril 1	20	27
MARS 1	6	28	4	25	Août 1
5	10	JUILLET 1	7	28	4
10	15	5	11	NOVEMBRE 1	8
15	20	10	16	5	12
20	26	15	21	10	17
25	30	20	26	15	22
28	Janvier 2	25	Mai 1	20	27
AVRIL 1	6	28	4	25	Septembre 1
5	10	AOUT 1	8	28	4
10	15	5	12	DÉCEMBRE 1	7
15	20	10	17	5	11
20	25	15	22	10	16
25	30	20	27	15	21
28	Février 1	35	Juin 1	20	26
				25	Octobre 1
				27	4

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

18 Août 1882 — 4me Année. — N° 33

SOMMAIRE

BULLETIN

L'influence de la température se fait sentir à l'Académie comme ailleurs ; de tous les membres qui s'étaient fait inscrire pour prendre la parole sur l'allaitement artificiel, M. *Bouchardat* est seul présent. Le vénérable professeur d'hygiène insiste sur les caractères communs que présentent le lait de femme et d'ânesse qui, de tous les laits examinés, sont les plus alcalins. Souvent même, à Paris, le lait de vache est acide, ce qui doit tenir à l'abus que l'on y fait de la drèche pour alimenter les vaches laitières. Du reste, le lait de chèvre est encore un peu plus franchement acide : cette acidité n'explique-t-elle pas les diarrhées alimentaires des jeunes enfants, ces diarrhées qui conduisent à l'athrepsie et qui deviennent promptement fatales? Au contraire des précédents, le lait d'ânesse varie très peu, quelle que soit l'alimentation de l'animal.

M. Bouchardat croit d'ailleurs que c'est à l'isolement qu'on doit attribuer en partie les beaux résultats obtenus à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Il insiste pour que cet isolement devienne le plus complet possible par rapport à tous les enfants atteints de rougeole et de diphthérie. Dans cette nourricerie, ajoute-t-il, on n'a employé le lait d'ânesse que sur des enfants de moins de six mois. C'est la période de la vie où il est le plus inconstestablement préférable aux laits, plus crémeux et plus forts, de vache ou de chèvre ; peut-être, plus tard, le lait de chèvre vaudrait-il mieux, car le lait de femme devient plus riche en graisse dans les derniers mois du nourrissage et s'éloigne par conséquent, à ce point de vue, du lait d'ânesse. C'est à l'expérience à prononcer.

M. Auguste *Voisin* lit un mémoire dans lequel il s'attache à établir que les idées de suicide chez les aliénés sont liées à des *troubles fonctionnels* et à des *lésions* qui siègent dans les parties les plus internes des circonvolutions frontales, ascendantes et pariétales, et que, de plus, les impulsions dangereuses au suicide, à l'homicide, aux actes violents, ont leur origine dans ces circonvolutions. L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Les considérations dans lesquelles je suis entré au sujet de l'idée du suicide sont, en somme, en concordance avec l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la réunion dans les mêmes circonvolutions des centres psychiques et moteurs.

2° La rapidité des actes impulsifs est encore une preuve de la relation intime qui lie la pensée à la manifestation extérieure et inconsciente et du siège dans une même partie de l'écorce cérébrale de centres psychiques et de centres moteurs, et il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission à des cellules motrices par l'intermédiaire des fibres nerveuses du reticulum, de l'irritation des cellules sensitivo-psychiques avoisinantes.

3° La clinique et l'anatomie pathologique se sont accordées dans un certain nombre de cas, pour m'autoriser à localiser l'idée du suicide et l'impulsion au suicide dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmaticoiniaque et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes, des premières et deuxièmes circonvolutions pariétales et dans les lobules pariétaux, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux.

M. *Polaillon* lit un rapport sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences. Une observation de M. le docteur Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, fournit à M. le rapporteur l'occasion de soumettre au jugement de l'Académie un procédé très oublié, s'il n'est nouveau, pour obtenir la réduction de ces anciennes luxations. Voici les règles que M. Polaillon propose pour le manuel opératoire.

Lorsqu'une luxation ancienne ou même récente de l'épaule a résisté à une extension de cent à cent cinquante kilog., suivant la force du sujet et la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il est indiqué d'avoir recours à la section des adhérences.

Cette section doit être faite par la méthode souscutanée et avec les précautions antiseptiques.

Après avoir fait un trajet à travers le deltoïde avec un ténotome pointu depuis l'acromion jusqu'à la tête humérale, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de cette tête et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on contourne d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus, et on détruit la plupart des brides supérieures.

Si le sujet est dans de bonnes conditions et que des accidents consécutifs ne soient pas à redouter, on peut, d'après la manière de Diffenbach et de M. Mollière, exécuter, séance tenante, les manœuvres de réduction. Dans le cas contraire, on attend deux ou trois jours que la plaie cutanée soit cicatrisée; on exerce les tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut la considérer comme au-dessus des ressources de l'art.

— L'Assomption tombant cette année un mardi, il n'y aura pas séance mardi prochain à l'Académie. Dr J. Geoffroy.

Erratum. — Dans la liste des membres du *Concours Médical* qui ont obtenu des *prix de l'Académie*, nous avons omis M. le Dr *Belugou*, de *Lamalou-les-Bains*, lauréat du *prix Capuron*.

Nous sommes heureux de réparer cette omission. Nos confrères qui concourent pour les prix nous faciliteraient cette agréable tâche s'ils voulaient prendre la peine de nous renseigner. Il est fort difficile de parcourir une liste de deux mille trois cents noms.

MÉDECINE PRATIQUE

Des gangrènes dans les maladies du Cœur.

Parmi les complications les plus graves qui puissent accidenter la marche des affections cardiaques, il faut ranger les gangrènes; cependant les auteurs classiques en ont traité assez brièvement et se sont contentés, le plus souvent, de renvoyer le lecteur à l'étude des gangrènes envisagées d'un point de vue général. Il nous a semblé que ce point méritait quelques éclaircissements, et qu'il serait avantageux pour les praticiens, d'être édifiés sur les circonstances qui favorisent l'apparition de ces complications, sur les variétés d'affections cardiaques où on les rencontre le plus fréquemment, sur le mécanisme de leur production, enfin sur les soins hygiéniques et thérapeutiques, par lesquels on peut prévenir les manifestations gangréneuses ou les limiter, quand elles se sont produites.

I.

Le premier fait qui ressorte de l'examen d'un grand nombre d'observations, c'est que les lésions cardiaques ne produisent pas à elles seules et par elles-mêmes la gangrène. Il faut, qu'à la maladie de l'organe central d'impulsion, se joigne une réunion de circonstances, les unes propres à l'organisme, les autres extérieures. Ces circonstances varient suivant les cas, et c'est de leur variabilité que dépendent les différences de siège, d'aspect et de marche des phénomènes gangréneux.

Toutes les maladies du cœur peuvent, à un moment donné de leur évolution, aiguë ou chronique, s'accompagner d'accidents gangréneux, avec une fréquence très inégale. En première ligne, il faut placer les lésions chroniques d'orifices du cœur gauche, et particulièrement les lésions mitrales. C'est dans l'insuffisance mitrale avec rétrécissement, dans le rétrécissement mitral pur qu'on observe le plus souvent des gangrènes; les lésions

aortiques peuvent en déterminer aussi, mais plus rarement; enfin, il faut citer les affections plus exceptionnelles, les endocardites aiguës d'origine infectieuse, les péricardites, l'hypertrophie sans lésion d'orifices, les dégénérescences du myocarde, etc.

Les manifestations gangrneuses, si l'on prend le mot gangrène dans son acception la plus large, c'est-à-dire comme synonyme de mortification des tissus, peuvent porter sur les viscères et sur les membres, sur les téguments et sur les parties profondes, suivant le mécanisme qui préside à leur production. Le grand fait qui domine la gangrène, le fait initial, c'est la suppression de toute circulation dans une partie, de manière que, secondairement, la nutrition et toutes les autres fonctions des tissus soient entravées.

Par quels modes la circulation peut-elle être entravée dans nos tissus? Et comment cette entrave à l'apport du sang réussit-elle à déterminer la transformation gangréneuse dans certains cas, mais non toujours? — Pour répondre à la question, il convient de passer successivement en revue l'influence des altérations du système circulatoire périphérique, artères, veines et capillaires, celle du sang qui circule dans ces canaux, celle du système nerveux, qui agit à la fois sur la contractilité des vaisseaux par les nerfs vaso-moteurs, et sur la nutrition des tissus par ces filets dont l'anatomie n'a pu encore découvrir le trajet, mais dont la physiologie et la pathologie ont conduit à soupçonner l'existence, les filets nerveux trophiques.

II

Le rôle que jouent les ARTÈRES dans la production des gangrènes, chez les cardiaques, s'explique par le mécanisme de l'*embolie*. Les corps étrangers qui se détachent du cœur, et qui, lancés dans les artères, vont y jouer le rôle de bouchon obturateur, sont le plus souvent des fragments de caillots, parfois des débris de valvules.

Ces embolies peuvent être assez nombreuses pour déterminer des obstructions multiples, et l'on trouve chez des individus, morts à la suite de gangrène des membres, des infarctus dans les viscères abdominaux ou des ramollissements du cerveau. En effet, dans les viscères où les rameaux artériels se distribuent à des territoires indépendants, comme la rate, le rein, l'arrêt de la circulation amène la production d'un infarctus; mais la gangrène véritable, avec ses phénomènes putrides, ne survient que dans le cas où l'origine de l'obstruction dépend de la migration de substances septiques.

Cette éventualité n'est réalisée que dans les endocardites qui accompagnent certains états infectieux de l'organisme, consécutifs à la résorption de produits putrides, notamment dans l'état puerpéral, et nous y reviendrons plus loin.

Sur les membres, l'oblitération des gros troncs artériels est loin d'entraîner fatalement une mortification; car la circulation peut se rétablir par les voies collatérales. Les exemples sont nombreux de ce rétablissement. Mais il paraît ne pouvoir se produire que dans certaines conditions déterminées, quand le système artériel du membre est sain, ayant conservé une élasticité qui permette aux vaisseaux de petit volume d'acquérir un diametre double ou triple en peu de temps. Il faut encore que les tissus soient en assez bon état de nutrition pour supporter, sans se mortifier, l'ischémie momentanée qui les frappe, c'est-à-dire, que les cellules puissent vivre quelque temps aux dépens des sucs nutritifs qui les imprègnent, à défaut de l'apport sanguin dont elles sont privées. Or, les alcooliques, les gens âgés et athéromateux, les cachectiques et les mal nourris ne se trouvent pas dans de bonnes conditions au point de vue du rétablissement de la circulation collatérale.

C'est là une considération d'un réel intérêt pratique; en effet, appelé auprès d'un malade cardiaque chez lequel on constate les signes de l'oblitération d'un tronc artériel important, si on ne lui trouve aucune des tares, diathésiques ou acquises, susceptibles de s'opposer à la nutrition des tissus, on est en droit d'espérer et de faire espérer, jusqu'à un certain point, à son entourage, le rétablissement de la circulation collatérale qui évitera la gangrène; dans le cas contraire, on doit considérer la mortification comme fatale, et l'on ne tarde pas en effet à en constater les signes.

L'oblitération des vaisseaux qui se rendent au poumon se présente dans des conditions particulières : on sait, en effet, que les uns dépendent de la petite circulation; ce sont l'artère pulmonaire et ses branches, destinées à assurer la modification que doit subir le sang par les échanges gazeux au niveau des alvéoles. Les autres, artères bronchiques, appartiennent au système aortique, c'est-à-dire à la grande circulation, et sont plus spécialement affectés à la nutrition du parenchyme. Cependant les observations ont montré que l'oblitération de ces deux ordres de vaisseaux peut amener la gangrène, celle des artères bronchiques par insuffisance nutritive, celle des artères pulmonaires par les différentes lésions dont elle s'accompagne, et dont la plus importante est l'extravasation des globules du sang sur les limites de la zône de circulation compensatrice : l'action de l'air extérieur est la condition déterminante de la gangrène putride (1). La gangrène du poumon est d'ailleurs très rare dans les maladies du cœur.

Il n'en est pas de même des phénomènes de mortification de certaines régions de la substance cérébrale, consécutivement à la production d'embolies dans les artères qui leur apportent le sang: celles-ci étant rigoureusement terminales, et ne recevant pas d'anastomoses des artères voisines, tout le territoire en forme de cône qui est sous leur dépendance ne tarde pas à se désorganiser par le mécanisme du ramollissement. Suivant le siège du ramollissement, apparaissent des paralysies diverses, habituellement l'hémiplégie, avec ou sans aphasie, mais l'absence du contact

(1) Rondot. Thèse d'agrég. 1880.

de l'air ne permet pas l'apparition de phénomènes véritablement gangréneux. C'est donc sur les membres inférieurs ou supérieurs, et particulièrement sur les extrémités, que siègent les gangrènes véritables dans les affections cardiaques.

III.

Le rôle des VEINES dans la production des gangrènes a été nié par beaucoup d'auteurs, et, en effet, il est possible que, chez, un individu sain, leur seule oblitération ne soit pas une cause de sphacèle. Lower a montré que leur ligature n'entraîne pas la mortification des parties, dont elles émanent. D'ailleurs a-t-on dit, sur les membres le nombre des veines est très considérable, et le retour du sang est assuré par deux réseaux, l'un profond, l'autre sous-cutané, qui communiquent largement entre eux. Toutefois, il en est autrement dans le cas d'affection cardiaque ancienne, quand le cœur, n'ayant plus qu'une contractilité irrégulière et inefficace, lance péniblement le sang dans les artères, et que, par suite de la diminution de la *vis à tergo*, la circulation veineuse en retour se fait avec les plus grandes difficultés. Dans de tels cas, on comprend que, si à la cause précédente, ralentissement du cours du sang, viennent se joindre des lésions des parois veineuses, (varices), ou des troubles dans la composition du sang qui facilitent la coagulation, on comprend, dis-je, que les *thromboses* se produisent en un grand nombre de points du système veineux, des membres, et que, dès lors, l'arrêt circulatoire se fasse de proche en proche, en amont de l'obstacle dans les capillaires et dans les artères ; d'où insuffisance de l'apport du sang artériel, à laquelle vient s'ajouter l'action nuisible des produits de désassimilation destinés à être normalement entraînés par le sang veineux.

Que, dans de telles conditions de gêne circulatoire et nutritive, intervienne une des influences extérieures que nous allons tout à l'heure énumérer, le froid par exemple, ou la fatigue, ou un traumatisme, ou une compression presque insignifiante ; aussitôt cette influence occasionnelle fera éclater les phénomènes gangréneux. Et de fait, quoi elqu'aient pu dire quelques auteurs, on relève un certain nombre d'observations où les seules lésions locales, observées à l'autopsie de cardiaques atteints de gangrène d'un membre, étaient des coagulations nombreuses dans les veines de celui-ci, les artères étant restées perméables.

Les causes capables d'intercepter le cours du sang dans les artères, la thrombose et l'embolie, agissent également au niveau des CAPILLAIRES, et, comme la circulation collatérale est impossible, leur oblitération peut amener la gangrène. Toute inflammation violente est dans ce cas, même chez des gens dont le système circulatoire est sain, et le cœur vigoureux. A *fortiori* comprend-on que la moindre *inflammation* survenant chez des cardiaques, dont les tissus sont depuis longtemps mal irrigués et mal nourris, puisse entraîner la mortification de ceux-ci.

« On a sous les yeux la preuve que les choses se passent réellement ainsi, quand on considère, par exemple, la gangrène qui envahit la peau à la suite de mouchetures pratiquées dans les périodes avancées des maladies du cœur. Voilà une région de la peau qui, indépendamment des conditions mauvaises où se trouve placé l'organisme tout entier, est distendue, éraillée par l'œdème du tissu cellulaire sous-jacent, réduite, en un mot, à un minimum de nutrition. Cependant elle continue à vivre, et rien d'actuel ne fait prévoir qu'elle doive mourir de sitôt. Survient une simple piqûre d'aiguille, c'est-à-dire le plus minime de tous les traumatismes ; dès le lendemain, on trouve un petit point noir, insensible, entouré d'une aréole de vascularisation. Un jour plus tard, cette aréole est envahie par la coloration noire; le cercle inflammatoire se trouve refoulé au pourtour, tandis que la tache centrale a grandi, et c'est ainsi qu'on peut voir tout un scrotum et une vaste étendue de peau des membres inférieurs ou de l'abdomen se grangrener en quelques jours. (M. Raynaud).

IV

L'ÉTAT DU SANG doit être pris également en considération. La pathologie nous enseigne que, dans un certain nombre d'états cachectiques, le liquide nourricier a une remarquable tendance à se coaguler; cet état, dû sans doute à des modifications moléculaires de la fibrine, porte le nom d'inopexie. Les *tuberculeux*, les *cancéreux* en sont des exemples. Les *convalescents* de longues maladies (fièvre typhoïde) sont dans le même cas, ainsi que les femmes dans l'état de *grossesse* et de *puerpéralité*.

D'autres fois, le sang est le siége d'un vice de composition qui exerce une influence désastreuse sur la nutrition des tissus et les place, si on peut le dire, *en état d'opportunité gangréneuse* : *diabète*, *glycosuries*, *albuminurie*, *intoxications* par certains virus ou poisons (ergot de seigle).

Nous appelons tout particulièrement l'attention sur ce fait que les femmes atteintes d'affection cardiaque qui deviennent enceintes, sont tout particulièrement prédisposées aux manifestations gangréneuses par processus embolique; la statistique en fait foi (1). En outre, la septicémie puerpérale, en déterminant certaines endocardites, dites ulcéreuses ou typhoïdes, fournit un appoint important aux cas de gangrène d'origine cardiaque.

Nous avons dit plus haut déjà que le système nerveux n'était pas étranger à l'apparition des gangrènes; chez les cardiaques, en effet, le système nerveux subit le contre-coup de la détérioration générale de l'organisme, de l'hématose insuffisante et de l'anoxémie. Ses propriétés vaso-motrices ou en tout cas vaso-constrictives, sont amoindries, ainsi que l'attestent les stases et les

(1) Baudet. Thèse 1882.

œdèmes multiples de la période asystolique; les petits vaisseaux ont perdu le tonus, la contractilité qu'ils reçoivent du système nerveux. Il est permis de penser que les filets nerveux dévolus à la régulation des mutations nutritives (nerfs trophiques) ne fonctionnent pas non plus comme à l'état normal et qu'il en résulte une nouvelle cause prédisposante à la mortification des tissus.

V

Toutes les causes prédisposantes énumérées plus haut, — existence d'une affection cardiaque, lésions du système circulatoire périphérique (artères, veines, capillaires), composition défectueuse du sang, mauvaise nutrition des tissus et insuffisance fonctionnelle du système nerveux, — ne suffisent pas dans la plupart des cas à faire apparaître la gangrène.

Si on relève un grand nombre d'observations, on demeure convaincu qu'il s'y est ajouté presque toujours une ou plusieurs causes occasionnelles déterminantes; ces CAUSES DÉTERMINANTES nous paraissent être par ordre de fréquence : le *froid*, la *fatigue*, le *traumatisme*, les *excès alcooliques*.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de la gangrène par congélation, qui peut évidemment se produire chez des sujets indemnes de toute affection cardiaque par l'action d'une température très basse. Nous voulons dire que l'exposition à un froid relativement peu intense, suffit à faire éclater des phénomènes gangréneux chez des sujets cardiaques; de même une fatigue plus grande que de coutume, un surmenage, sera l'occasion de la production d'une gangrène chez un cardiaque, qui, par une hygiène plus prudente, eût évité cette terrible complication.

Enfin, il est fréquent de voir, dans les observations, que plusieurs de ces causes se sont combinées pour agir dans le même sens; et nous connaissons, par exemple, plusieurs cas de malades atteints d'affections cardiaques, bien compensées et presque latentes, qui, s'étant par une journée d'hiver, livrés à un exercice plus violent que d'habitude, et ayant, pour combattre le froid et la fatigue, fait des excès alcooliques, ont vu apparaître presque aussitôt des accidents gangréneux formidables. Ce sont des faits, croyons-nous, trop peu connus des praticiens, et dont l'examen conduit à des conclusions pratiques de prophylaxie.

VI

Lorsqu'on donne ses soins à une personne atteinte d'une affection cardiaque quelconque, mais particulièrement d'une lésion mitrale, on doit insister dans les conseils hygiéniques sur les points suivants.

Il convient d'éviter avec le plus grand soin les causes que nous avons exposées comme déterminantes d'accidents gangréneux : les efforts violents professionnels ou accidentels, capables de détacher un fragment de valvule ou de caillot cardiaque; les exercices fatigants au froid, tels que la chasse, l'équitation, le patinage par les rigoureuses journées d'hiver, ainsi que l'usage des spiritueux par lesquels on cherche souvent à se procurer une énergie factice.

Les cardiaques, même au début de leur affection, et à plus forte raison dans le cas d'affections anciennes, surtout s'ils sont âgés, s'ils sont atteints en même temps de tuberculose, de cancer, de glycosurie, d'albuminurie, devront absolument renoncer à l'usage des vêtements pouvant exercer une constriction quelconque sur les points des membres qui sont le siège d'élection des coagulations thrombosiques : les jarretières, bandages herniaires trop durs sont à redouter.

Ces prescriptions hygiéniques sont encore plus rigoureusement applicables aux femmes atteintes d'une cardiopathie, si elles sont en état de grossesse, et les précautions devront redoubler dans les deux derniers mois : car c'est le plus souvent à l'approche de la délivrance que les accidents emboliques se sont produits. Les cardiaques, pendant le travail et après l'accouchement, devront être l'objet des soins les plus minutieux au point de vue de la circulation périphérique, et l'on devra redouter aussi bien toute constriction exercée sur un point des téguments que tout mouvement brusque susceptible de provoquer la formation d'une embolie.

A la période ultime des affections cardiaques, on devra toujours surveiller, avec une extrême sollicitude, la position des membres œdématiés, ne pas les laisser en contact avec des parties dures, les changer fréquemment de situation et les maintenir à une température suffisante. Tous les auteurs classiques insistent sur la nécessité de ne faire qu'à la dernière extrémité, ou même de s'abstenir complètement de pratiquer des mouchetures sur les tissus distendus par l'œdème, en s'attendant le plus souvent à voir le sphacèle apparaître dans les points où des piqûres auront été faites.

Lorsqu'une embolie artérielle se sera produite dans le cours d'une affection cardiaque, et qu'on aura constaté les signes habituels de l'ischémie des parties situées en aval du point oblitéré, — douleurs, refroidissement, changements de coloration, insensibilité, etc. — après s'être inspiré, au point de vue du pronostic, des données indiquées tout à l'heure, (âge du malade, diathèses coexistantes, état de la circulation périphérique), on mettra le membre menacé dans les conditions les plus capables de favoriser le rétablissement de la circulation collatérale; on évitera tout mouvement brusque susceptible de fragmenter le caillot et de donner naissance à une embolie qui pourrait être lancée dans l'artère pulmonaire; on entourera les parties menacées de sphacèle avec de la ouate, et on placera dans le voisinage, mais non en contact immédiat, une source de calorique d'intensité modérée, une bouteille d'eau chaude par exemple. On soutiendra le moral du malade, en le rassurant sur le pronostic et en lui prédisant le rétablis-

sement prochain de la circulation collatérale; mais on sera beaucoup moins affirmatif avec la famille. On maintiendra sa nutrition par un traitement tonique.

Enfin, si la gangrène apparait, on s'efforcera d'en limiter les progrès, et de faciliter l'élimination des parties sphacélées, par les moyens appropriés que nous indiquent tous les traités classiques à propos de l'étude des gangrènes en général.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ÉTUDE

SUR LA RÉQUISITION EN MATIÈRE DE MÉDECINE

par le Docteur CAUCHY (de Bapaume).

Membre du CONCOURS MÉDICAL.

(*Suite*)

XIII.

J'aborde rapidement la dernière question de cette étude de la réquisition en Médecine légale, celle du recouvrement des honoraires. Il ne suffit pas pour cela d'avoir sa réquisition, il ne suffit même pas d'en avoir le désir, il faut encore en avoir la volonté ferme; car, il ne faut pas se le dissimuler, avant que chacun de nous ait trouvé la voie, il faudra plusieurs démarches; cela s'explique assez par la négligence que les Médecins ont mise dans ces recouvrements; et les juges taxateurs, les receveurs d'enregistrement, tout en admettant votre droit au payement, vous diront toujours qu'ils ne sont pas au courant de la question, et vous proposeront d'attendre qu'ils aient reçu des instructions. Acceptons, Messieurs, ces premières démarches, puisqu'elles sont de notre faute; une fois instruits du mode à suivre, vous n'éprouverez plus aucune difficulté. Je vous offre d'énoncer les démarches que j'ai dû faire moi-même et que d'autres ont faites avec moi.

Le décret du 18 juin 1811, modifié par l'ordonnance du 28 novembre 1838, paraît cependant bien clair à ce sujet. Les frais de justice sont classés par le tarif: 1° en frais *urgents*; 2° en frais *non urgents*.

Les frais *urgents*, et ce sont ceux là que j'ai eu surtout en vue dans cette étude, définis par les articles 133 et 134, sont ceux qui sont faits pour des *indemnités de témoins, d'expertise, et d'opérations faites par les Médecins, Chirurgiens, etc..., non habituellement employés par le tribunal ou par la cour.* Les frais *non urgents* sont ceux au contraire qui sont dus au Médecin habituellement employé par le tribunal de première instance ou par la cour. Un ancien règlement avait désiré que dans chaque canton il y eût un Médecin spécialement désigné par le tribunal; des circonstances majeures ont dû restreindre ces désignations, on a dû se contenter d'un Médecin par chaque ressort d'un parquet de première instance; on pourrait dire qu'en général il n'y en a qu'un par chaque arrondissement; ce Médecin accompagne le Procureur ou le Juge d'instruction.

Les *frais urgents*, c'est-à-dire ceux qui nous regardent tous, lorsque nous sommes réquisitionnés, seront payés, selon l'aricle 134, *par le receveur de l'enregistrement, sur simple taxe et mandat du Juge mis au b as des réquisitions, états ou mémoires des parties.*

Ces quelques mots bien simples en éalité, ont cependant encore besoin d'explication,rtant notre administration fiscale est méticuleuse.

C'est le Greffier du Juge de paix qui doit écrire la taxe au bas de la réquisition avant de la présenter à la signature du Juge. Vous pouvez cependant lui épargner cette peine, et à vous surtout cette démarche, en l'écrivant vous-même dans les termes suivants, que je dois à l'obligeance de M. le Receveur de l'enregistrement de Bapaume: (car je n'ai voulu rien dire qui n'ait un caractère quasi-officiel :) « *taxte sur la réquisition par « nous, Juge de paix du canton de X... pour « être payé à M. X... par le receveur d'enre- « gistrement, comme frais urgents de police judiciaire à la somme de... conformément aux articles... (désigner les articles et paragraphes du tarif — voir plus haut).*

« *Fait à X.... le....*

« LE JUGE DE PAIX.

« Signé :

XIV

Ici se présente une nouvelle question : Le Juge de paix, sur la taxte de qui le Receveur de l'enregistrement devra vous payer, a-t-il le droit de vous refuser la taxte? non, le Juge de paix est obligé de vous taxer conformément au tarif pour toute réquisition ayant trait aux *choses judiciaires*, quel qu'ait été le résultat de votre investigation et de vos conclusions. Cependant, le Juge de paix, avant de vous taxer, peut exiger, du requérant un certificat ou une constatation affirmant que la recherche demandée par la réquisition a été réellement faite, il taxe en effet, non pas la réquisition, mais le travail demandé par la réquisition.

Je donne ici le modèle exact d'une réquisition qui m'a été payée comme frais urgents de police judiciaire.

Modèle de réquisition qui m'a été faite. et dont j'ai reçu les honoraires.

RÉQUISITOIRE.

Nous, Maire de la commune de X..., canton de Bapaume, prions et au besoin requerons M. le docteur Cauchy, en vertu des articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle, à l'effet de visiter

FRAIS de justice Criminelle

janvier 1881

M. le Dr X......

Mémoire des honoraires dus à M. le Dr X...., Médecin à X...., Arrondissement de X...., pour le mois de Janvier 1881.

NUMÉRO D'ORDRE	DATE des OPÉRATIONS	NATURE du crime ou DÉLIT	AUTORITÉ REQUÉRANTE	OBJET des OPÉRATIONS	VISITES	OPÉRATIONS plus difficiles	MYRIAMET.	JOUR de SÉJOUR
1	1er janvier.	Empoisonnement	M. le Procureur.	Ouverture du cadavre...		1		
2	5 janvier.	id.	id.	Visite et rapport sur l'état du cadavre.	1			
3	15 janvier.	Assassinat.	id.	Parcours de 56 kilomètre aller et retour en plus un jour de séjour.			5 1/2	1
4	20 janvier.	Att. aux mœurs et blessures.	M. le juge de Paix de X.	Visite et rapport et premier pansement.	1			
					2	1	5 1/2	1

RÉCAPITULATION.	NOMBRE.	PRIX.	MONTANT.	ARTICLE du TARIF,	TAYE du JUGE	OBSERVATIONS
Visites.	2	3	6	17 n° 1	6	(C'est le juge qui doit remplir la dernière colonne même quand il n'y a pas de réduction à faire). Il doit indiquer à la colonne d'observations les motifs de la réduction.
Opérations plus difficiles	1	5	5	17 n° 2	5	
Myriamètres parcourus.	5 1/2	3	16,50	91 n° 1, 94	16,50	
Jours de séjour.	1	2	2	96 n° 1.	2	
Médicaments fournis.			2,50	19	2,50	
			32		32	

Je sousigné certifie le présent Mémoire pour la somme de 32 francs.

A .... le .... 188 *Signé :*

le nommé X... et de nous, faire un rapport sur son état.

Fait à X..., le 1er juillet 1881.

Signé : le Maire,

X....

Cachet de la mairie de X...

Taxe sur la réquisition par nous Juge de paix de Bapaume pour être payé à M. Cauchy, par le receveur de l'engistrement, comme frais urgents de police judiciaire, à la somme de dix francs cinquante centimes, conformément aux articles 17 § 1 et 2 et article 91 du décret du 18 juin 1811.

Fait à Bapaume, le 4 juillet 1881.

Signé : le Juge de Paix,

X....

Cachet de la Justice de paix du canton de Bapaume.

POUR ACQUIT

Le 5 Juillet 1881.

Dr CAUCHY.

XV

Quand aux frais *non-urgents*, qui ne rentrent qu'incidemment dans ce travail, les Médecins attachés au parquet, connaissent la marche à suivre pour en percevoir les honoraires. Il leur suffit de faire deux mémoires l'un sur papier libre, l'autre sur papier timbré dont est ci-dessus le modèle officiel.

Le premier, pour être envoyé au ministère de la justice, le second pour servir à la perception.

La prescription est de six mois pour le recouvrement au receveur d'engistrement (article 5,) ordonn. du 28 nov. 1838).

(*Voir pour renseignements plus complets le tarif du décret du 18 juin 1811 au titre III. chapit. 1. du mode de payement — ordonnance du 28 nov. 1838*).

Mais la réquisition médicale ne porte pas exclusivement sur les choses judiciaires, le Médecin peut être consulté sur des choses purement administratives; c'est ainsi qu'il y a quelque temps, je fus réquisitionné avec notre confrère, M. Capelle, d'Hermies, par le Maire de la commune, à l'effet de visiter un habitant, et de faire un rapport sur son état mental. Nous n'avons pas encore été payés mais la voie nous en a été indiquée : le maire peut mandater pour être payé par le receveur municipal, aux frais imprévus de la commune, si celui qui fait l'objet de la réquisition est indigent, s'il n'est pas indigent, le médecin serait payé par les intéressés ; selon une lettre de M. Dufaure de février 1878 à M. le Procureur général de Bordeaux, la prescription serait d'un an, et non plus de six mois.

XVII

Cependant, Messieurs, bien que le décret du

18 juin 1811 et l'ordonnance du 28 novembre 1838 semblent régler d'une façon bien claire le mode de recouvrement, j'avoue que depuis plus d'une année, cette question m'a occupé. Déjà dans nº 24 du décembre 1879 du journal *le Concours médical*, je commençai cette étude du recouvrement, à l'occassion de difficultés que j'avais eues pour me faire payer une réquisition dans un cas d'assassinat. J'invitai alors M. le Dr Rolland (de Mont-Carret), du ressort de la Cour de Bordeaux, qui, à l'occasion de deux réquisitions qui lui avaient été faites par des Maires, avait voulu en exiger le payement dans le seul but de trouver la voie pratique du recouvrement, à vouloir bien me renseigner. M. le Dr Rolland s'empressa de répondre à ma question par une lettre publiée aussi dans le nº 26 du 27 décembre 1879, et qui a été reproduite *dans le nº 1 du Bulletin de la Société Médico-Scientifique du Pas-de-Calais et du Nord* que vous avez tous entre les mains.

Telles sont les circonstances actuelles dans lesquelles peuvent s'opérer les recouvrements des honoraires médico-légaux.

XVIII.

C'est ainsi qu'en attendant une révision plus complète, nous aurons coopéré dans la mesure de nos forces à l'acomplissement du vœu qu'émettait naguère, à la séance de rentrée solennelle de la Cour d'appel de Montpellier, le 4 novembre 1879, un des représentants les plus élevés de la magistrature :

« La justice, disait l'avocat général Labro-
« guère, quoi qu'elle fasse, sait bien qu'elle rece-
« vra toujours de la médecine plus qu'elle ne lui
« donnera jamais ; aujourd'hui, elle ne peut que
« proclamer publiquement le prix qu'elle attache
« à ses services, et hater de ses vœux le jour ou
« sera enfin attribué au Médecin légiste dans nos
« lois et dans nos prétoires, une place digne de
« lui. »

Dr CAUCHY.

II

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LA PROFESSION MÉDICALE.

La Chambre, incessamment, devra trancher la question si débattue du service obligatoire. Deux opinions sont encore en présence. Les tendances nouvelles, l'exemple donné par d'autres nations, d'autres raisons encore assurent la majorité à celle qui demande la réduction du service militaire à trois années, avec obligation pour tous les citoyens de payer en personne leur dette à la patrie.

Les défenseurs du service de cinq ans se font de plus en plus rares. Je ne veux pas entrer dans la discussion de ces deux thèses opposées, en me bornant à dire qu'il me semblait que toutes les personnes qui se préoccupent de la conservation de l'espèce et de la nationalité sont les adversaires résolus d'un service militaire de longue durée.

Je suppose le service de trois ans adopté et vais chercher à me rendre compte des conséquences de son application sur le recrutement du personnel médical en France; autrement dit, chercher les modifications qui pourront se produire dans la profession médicale, non seulement au point de vue militaire, mais aussi de la carrière civile.

Cette enquête serait peut-être bonne à faire pour toutes les corporations. Mais ces investigations demandent à être conduites avec la plus grande impartialité. En agissant ainsi, on peut juger la situation, sans s'exposer à aventurer des assertions vagues ou faire des prophéties trompeuses.

Je vais étudier les effets probables de la loi sous deux points de vue: 1º dans les rapports de la profession médicale avec le service militaire; 2º quelles sont les modifications qui peuvent se produire dans les conditions d'existence de la médecine publique.

Ces deux propositions sont extrêmement importantes. Si, d'une part, le premier devoir d'une nation est de se défendre et de se perpétuer, il ne lui est pas moins impérieusement recommandé de conserver, dans un état de développement suffisant, toutes les professions indispensables au mécanisme de son organisme social; et la profession médicale est une de celles qui ne peuvent être amoindries.

Comme tout Français, le médecin doit payer sa dette à la patrie. D'un autre côté, la nation a intérêt a ce que la dette de chacun soit payée dans la forme qui est le plus profitable à la société.

La profession médicale a ceci de particulier, qui lui est jusqu'à un certain point spécial : c'est que, si pendant la paix elle est nécessaire, elle est indispensable pendant la guerre. Par suite, il est du plus grand intérêt pour l'Etat d'utiliser, comme médecins militaires, les médecins civils. Il y aura certes plus de profit à agir ainsi que de les verser d'après les hasards du tirage au sort dans un régiment quelconque. Pour bien faire comprendre l'importance de la question et la nécessité de préparer un recrutement médical parfait pour la guerre, j'indiquerai sommairement le nombre de médecins strictement nécessaire aux armées en campagne, telles que la France doit en posséder. Ce sont, je le répète, des chiffres minima; en deçà, il y a pénurie, c'est-à-dire service mal fait, désastre, malgré les plus beaux dévouements des personnels employés. Quoi qu'on dise, le nombre ne peut être suppléé par le zèle.

La nouvelle loi sur le service de santé, accordant treize cents médecins, peut paraitre libérale à quelques personnes; en réalité, elle est extrêmement parcimonieuse. Avec ce nombre, le service de paix n'est pas suffisamment assuré; il faudra l'élever, si surtout on modifie les contingents de l'Algérie. Mais ce n'est pas là que gît la plus grande difficulté; le cadre, insuffisant en temps de paix, est absolument dérisoire pendant la guerre. Supposons seulement une armée de cinq cents mille hommes, la première en ligne. Pour le service actif de cette armée, il faut, au

minimum, deux mille neuf-cent-soixante-dix-huit médecins. Comme on ne peut évidemment entretenir pendant la paix, pour des éventualités lointaines, un personnel si considérable, qui serait non seulement très couteux, mais improductif, c'est dans le service de la réserve qu'il faut trouver de quoi combler le déficit. C'est donc le personnel médical de réserve qu'il faut préparer et instruire.

Le service obligatoire de trois ans permet de réaliser dans toute sa plénitude l'organisation d'un bon service de réserve.

Actuellement, les médecins utilisables pour la guerre sont les médecins militaires retraités (territoriale), et les médecins de réserve, nommés aides-majors de réserve, pendant les années qu'ils restent dans cette catégorie. La majorité de ces médecins n'a aucune notion de service militaire, et jamais, jusqu'à présent, ils n'ont été appelés à faire leurs vingt-huit jours, ni même à suivre les manœuvres d'automne. Rien n'a été jusqu'ici organisé dans ce but. Les seuls réservistes docteurs qui aient quelques connaissances de la question sont les jeunes gens qui ont passé par le volontariat, et encore, et seulement quelques-uns.

Il faut absolument remédier à cet état de choses.

Ensuite, l'emploi de médecin de réserve, n'est pas le seul qui soit demandé au personnel médical. L'aide-major de réserve est chargé d'un service, il a sous ses ordres d'autres fonctions occupées par un personnel initié dans une certaine mesure aux connaissances médicales ; les infirmiers de visites, jeunes gens qui remplissent dans les hôpitaux militaires le rôle des externes et des internes des hôpitaux civils. Ce dernier rouage est extrêmement important, il exige un nombre considérable de sujets. *(A suivre).*

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M JULES SIMON

BAINS DE MER. — DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DES BAINS DE MER.

Indications. — J'arrive aux indications. Ce sujet vous est plus familier, et c'est à dessein que je l'ai placé au second plan.

Et d'abord la *scrofule*. Contre cette diathèse, rien n'est supérieur aux bains de mer ; on en a abusé, mais les resultats, quand on observe bien les indications, quand on procède méthodiquement, sont absolument positifs. La scrofule, à moins de contre-indications spéciales, doit être traitée d'abord par l'hydrothérapie maritime. On a été jusqu'à faire usage de l'eau à l'intérieur, je vous déclare n'approuver que médiocrement cette pratique ; l'eau de mer purge, donne tout au moins des indigestions et affaiblit le malade). J'ai vu des enfants revenir de notre hôpital de Berck avec des diarrhées, un état d'épuisement qu'il fallait quelquefois attribu r à l'usage de l'eau à l'intérieur.

La s rofule ganglionnaire non suppurée, voilà l'indication par excellence ; j'en dirai autant de l'adénopathie bronchique, bien que je préfère pour celle-ci les eaux arsénicale. La scrofules ganglionnaire suppurée, les abcès froids, les fistules, les ostéites, les caries et tous les accidents dépendant de la scrofule se trouvent admirablement du bord de la mer.

Quant aux *maladies articulaires*, je m'arrête pour vous dire, qu'en général, il faut y envoyer les arthrites chroniques fongueuses et les tumeurs blanches ; et qu'il y a à prendre avec ces malades certaines précautions indispensables. Au point de vue du traitement maritime, je divise en effet les affections articulaires en affections de la partie supérieure du corps et affections de la partie inférieure. J'envoie les premières à la mer, telles qu'elles se présentent. Au contraire, je ne laisse pas partir les coxalgies, les tumeurs blanches du genou et du pied sans y avoir placé un appareil inamovible ; en un mot, je m'assure au préalable que mon jeune malade ne pourra exécuter aucun mouvement avec la jointure lésée. J'appelle votre attention sur ce détail, je me suis convaincu de l'importance d'une semblable précaution. Dans notre hôpital, très peuplé, l'enfant, mal surveillé, court avec ses béquilles, se heurte, tombe, et ces traumatismes suffisent à réveiller l'inflammation ; ne vous fiez pas davantage à la surveillance des familles, vos recommandations sont insuffisantes ; usez-donc de ce moyen coërcitif, si vous voulez que votre malade ne perde pas le bénéfice de la mer. Le mal de Pott demande les mêmes précautions ; il y a à craindre que, dans le bain, pendant les promenades, l'enfant ne fasse des efforts ; vous vous mettez en garde contre les accidents qui peuvent en résulter en immobilisant le rachis.

Après la scrofule, il est une autre maladie contre laquelle la mer est merveilleusement salutaire, c'est le *rachitisme*. Vous savez, qu'en cet hôpital, nous différons un peu d'opinion avec notre savant collègue et ami, le professeur Parrot ; nous croyons que, dans l'immense majorité des cas, le rachitisme résulte d'un régime alimentaire défectueux. Il est incontestable que, sans traitement antisyphilitique, l'eau de mer rend les plus grands services aux rachitiques ; sous l'influence de cette hydrothérapie. les os se consolident et ils se redressent. Je dois même vous faire remarquer qu'il existe ici une exception aux contre-indications tirées de l'âge : dans le rachitisme, on peut donner des bains tièdes ou froids de très bonne heure, c'est-à-dire vers deux ans.

Si l'*ozène* est une manifestation de la scrofule, le voisinage de la mer et des bains sont également indiqués, à condition qu'on pratique, en outre, des irrigations dans les fosses nasales avec l'eau de mer.

Vous savez déjà que les affections des voies respitoires ont, en général, peu à gagner au bord de la mer. Si j'ai eu soin de vous avertir de l'interdiction qui frappe les affections de la muqueuse des bronches et du poumon, je me suis empressé de vous affirmer que certaines lésions et catarrhes d'origine scrofuleuse s'y amélioraient à l'aide de quelques précautions nécessaires ; si le malade se met en garde contre les refroidissements de toutes sortes, s'il ne prolonger pas trop les promenades sur la plage, il peut en tirer de grands avantages. Quand une bronchite chronique n'est pas compliquée de congestion et de dilatation bronchique, quand le poumon n'est point forcé, conserve toute son élasticité, la contre-indication n'est pas absolue. Comme je vous le disais il y a un instant, on peut voir même certains phtisiques apyrétiques se trouver fort bien au bord de la mer. A ce propos, sachez dès maintenant qu'il y a des stations bien abritées, comme Arcachon, où les sujets peuvent bénéficier de l'air de la mer jusque dans l'arrière-saison. J'y envoie volontiers les bronchites chroniques scrofuleuses.

Le traitement maritime est encore une puissan

ressource contre la chlorose, contre les anémies produites par le séjour dans les grandes villes et les excès de travail de toute nature. Vous en userez avec fruit dans les cas d'atonie digestive, dans la paralysie infantile, dans les paralysies de convalescences, pour combattre l'inertie due à une immobilisation prolongée.

Telles sont les principales indications.

J'ajouterai que tous les enfants bénéficient, en général, du séjour au bord de la mer, tant qu'il n'existe aucune des contre-indications que je vous ai signalées.

Cependant, Messieurs, en présence d'un malade, il y a quelque chose de plus à faire que de démêler les indications : voici un enfant à la santé duquel un voyage à la mer convient certainement; vers quelle plage allez-vous le diriger ? Le choix de l'une des diverses régions n'est pas indifférent. En effet, les plages du Nord, (Boulogne, Berck, Saint-Valery, le Tréport, Dieppe, Fécamp, Etretat), sont très excitantes; si l'enfant est inerte, faible, s'il a besoin d'un coup de fouet, envoyez-le vers ces régions, ce sont des stations toniques par excellence. Les plages de Normandie et de Bretagne, toutes celles situées au-dessous de l'embouchure de la Seine (Villerville, Trouville, Deauville, Villers, Houlgate, Cabourg, Lions, Luc, Langrune, Courseulles, Granville, Saint-Malo, Dinard) sont toutes sablonneuses, celles de l'embouchure de l'Orne sont couvertes de varechs, ce qui a quelque importance pour les enfants, elles sont beaucoup moins excitantes que les précédentes, et par conséquent, peuvent convenir aux enfants nerveux. Dans l'ouest, vous avez des plages plus chaudes (le Croisic, Pornic, les Sables-d'Olonne, Royan). Je vous signale à part Arcachon et Biarritz, qui sont deux plages toutes spéciales. Arcachon n'est pas précisément au bord de la mer, la localité est abritée derrière un pli de terrain recouvert d'un rideau de sapins, et située le long d'un lac qui communique avec l'Océan. Cette position qui la protège contre les fortes brises de mer, jointe au voisinage de la forêt, réalisent des conditions spéciales et excellentes. C'est à la fois une station maritime de la fin du printemps et du commencement de l'automne. A l'exception des mois de juillet et d'août, qui sont trop chauds, les mois de mai, juin, septembre et octobre en rendent le séjour très agréable aux sujets atteints d'affections chroniques de la muqueuse des voies respiratoires.

La belle plage de Biarritz réalise aussi les conditions les plus favorables d'une station automnale. Il est des familles dont certains membres ont besoin des Eaux Pyrénéennes pendant que la santé des enfants réclame des bains de mer. En descendant des Pyrénées, elles trouvent à Biarritz, en septembre et en octobre, une atmosphère douce et tonique, et une hydrothérapie maritime parfaite.

Pendant l'arrière-saison, pendant l'hiver et le printemps, les bords de la Méditerranée compléteront une cure commencée sur un autre littoral. Les enfants lymphatiques, scrofuleux, les sujets atteints de bronchite chronique, de tubercules, pourront être dirigés à leur grand profit vers ces contrées où le ciel est plus clément, et où l'atmosphère saline demeure tonique sans être énervante.

Le choix de la plage étant bien discuté, il vous reste à faire des recommandations d'une certaine importance. Le bain de mer, sachez-le bien, n'est point exempt d'inconvénient ni de danger, s'il n'est pas bien dirigé. J'ai souvent constaté des effets déplorables par l'usage immodéré de l'hydrothérapie maritime. Je me rapellerai toute ma vie l'histoire d'un père de famille qui prolongeait, outre mesure, la durée du bain de sa fille, et qui a été la cause involontaire de l'état d'épuisement dans lequel elle était tombée. Se fondant sur les bienfaits des bains de mer, il pensait que, par leur longue durée, il en augmenterait la vertu. Vous qui connaissez l'action physiologique des bains de mer, vous ne tomberez point dans ces excès. Vous savez du reste que, si la réaction n'est pas franche, que si elle vient à manquer, il en résulte un frisson secondaire ou abattement dépendant de la diminution du calorique et de la persistance des congestions internes vers les centres nerveux et les autres grands systèmes ou appareils de l'économie.

Quels sont donc les conseils que vous avez à formuler ? Les voici :

1° Ne permettez point à vos malades de se rendre sur les plages de notre climat avant le 10 juillet. Engagez-les à ne pas y séjourner après le 15 ou 20 septembre. Vous comprenez très bien qu'il s'agit ici de données générales, sujettes à être modifiées suivant les années plus ou moins pluvieuses.

2° Ils doivent se munir de vêtements chauds dont ils feront usage, comme les marins, pendant les matinées et les soirées trop humides et trop froides.

3° Une fois arrivé à la plage, l'enfant doit s'y acclimater pendant cinq ou six jours. J'ai souvent vu des enfants y prendre dès les premiers jours des malaises, des fluxions, une excitabilité dont il fallait attendre la disparition avant de songer aux bains de mer.

4° Si l'enfant paraît jouir d'une santé parfaite, on profitera, au bout de quelques jours d'acclimatement, d'une heure et d'un temps propice pour lui donner son premier bain.

5° Le premier bain ne dépassera point une minute, et les suivants cinq minutes. J'ai même l'habitude de donner les deux ou trois premiers bains à un jour d'intervalle, en vue d'étudier la réaction du bain.

6° Si, après quelques bains, l'enfant devient réellement mal à l'aise, perd le sommeil, devient excitable, grognon, il faut les suspendre momentanément. Et, si après une nouvelle expérience, la tentative n'est pas plus heureuse, il n'y a pas à hésiter, il faut y renoncer. On aura recours aux bains de mer tièdes.

Les sujets bilieux, très constipés, ayant de la tendance à la céphalalgie, sans présenter de contre-indications bien nettes, tombent souvent dans ces indispositions passagères ou persistantes.

Il faut donc tâter la susceptibilité de l'enfant et ne pas lui imposer quand même une hydrothérapie dont il ne saurait bénéficier sans une réaction franche. Ceux qui ne peuvent pas endurer le bain froid se trouvent quelquefois très bien de la douche. On donnera encore la préférence aux bains tièdes pour les tout petits rachitiques.

Enfin, il faut surtout surveiller l'état des voies digestives et du système nerveux. Contre la constipation et la céphalalgie, prescrivez quelques laxatifs usuels, la magnésie, la rhubarbe, et conseillez les promenades dans la campagne avoisinante. En s'éloignant de la plage, les nerfs se détendront et le calme renaîtra.

Si, malgré toutes ces précautions, l'excitation persiste, si l'enfant devient acariâtre, méchant, comme hors de lui, il n'y a plus à hésiter, il faut décidément le faire rentrer dans les terres. L'air de la mer l'exposerait à de sérieux dangers. J'ai vu de petites fillettes de huit à dix ans, simplement impressionnables, tomber ainsi dans un état névropathique avant-coureur de l'hystérie. J'ai aussi observé des enfants des deux sexes dont l'énervement excessif avait été suivi de méningite. Loin de ma pensée d'affirmer par cette citation une étiologie indiscutable. Mais vous connaissez assez cette affreuse maladie pour vous rendre compte de l'influence de toutes les causes de poussées

congestives dans lesquelles les excitations morales et physiques occupent une si grande place.

En conséquence, quand les enfants scrofuleux, lymphatiques ou très anémiques ne peuvent supporter ni l'hydrothérapie, ni l'atmosphère maritime, quand, à plus forte raison, les maladies dont ils sont atteints rentrent dans la catégorie des contre-indications, vous devez avoir recours aux eaux salines pures.

(*Le Progrès médical*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Dans les premières années de l'existence de l'Association générale des Médecins de France, il y eut un véritable engouement, et on voulut voir en elle une panacée à tous les maux dont était affligée la pratique médicale. Les plus sceptiques se laissèrent gagner à l'espérance, et l'on crut volontiers à une prompte solution des questions délicates et difficiles qui intéressent le praticien et que nous a léguées une législation depuis longtemps surannée. Il est juste de reconnaître que quelques esprits clairvoyants cherchèrent à atténuer un peu l'effet de cet entraînement. Mais leurs discrètes observations furent à peine entendues, et les espérances allèrent leur train.

Que devait-il en résulter? Une réaction qui alla trop loin. Le découragement suivit pour quelques-uns, et bientôt un certain nombre de membres de l'Association se retirèrent d'elle. Ainsi, en 1873, lors de la quinzième assemblée générale, le regretté Secrétaire général, M. Amédée Latour, avait-il la douleur de constater, dans son compte-rendu annuel, que quelques-uns de ses membres s'étaient éloignés d'elle, la croyant absolument impuissante. Il constatait également que quelques-uns s'étaient exagéré la puissance et l'action de l'Association, lui demandant compte de mesures qu'elle ne pouvait ni prendre ni conseiller, sous peine de s'engager dans des voies imprudentes ou incorrectes. (Compte-rendu, page 80),

Heureusement cette réaction qui aurait pu avoir, pour l'existence même de l'Association, les conséquences les plus funestes, ne devait pas avoir une longue durée. Aussi, chaque année, a-t-elle vu s'accroître le nombre de ses adhérents ; mais en revanche on a de plus en plus facilement reconnu qu'elle devait plus particulièrement se renfermer dans son rôle d'Assistance.

Nous avons parlé ailleurs de son impuissance à nous protéger contre l'envahissement de notre trop peu lucrative carrière par l'exercice illégal sous toutes ses formes. Nous pourrions nous en tenir à ce que nous avons déjà dit à ce sujet, mais peut-être y aura-t-il intérêt, pour le plus grand nombre de nos confrères, à rapporter ici ce que M. le Dr Brouardel disait, à ce propos, dans son rapport à la dix-septième assemblée de l'Association Générale :

« Dans les départements où l'exercice illégal est toléré « et favorisé, le nombre des médecins décroît avec une « rapidité étonnante.

« Dans le Morbihan, le corps médical comptait, en « 1858, *soixante-dix-neuf médecins*; en 1875 il n'en comp- « tait plus que *cinquante-huit*. Diminution en dix-sept « ans, 29 p. 0/0.

« Dans le Vaucluse, en 1841, on comptait *deux cent- « seize* médecins; — en 1874 on n'en trouve plus que « cent *quarante-six*; Diminution en trente trois ans, 33 « p. 0/0.

« Dans l'Aveyron (statistique du Dr Séguret) on comp- « tait, en 1860, *cent quatre-vingt-quatre* médecins; — « En 1875, ce chiffre est réduit à *cent-cinquante deux*, « soit, en quinze ans, une diminution de 18 p. 0/0.

« Dans la Loire, (statistique du Dr Maurice) on comp- « tait *cent-quarante* médecins en 1860 et *cent-quinze* seu- « lement en 1875, soit une diminution de 22 p. 0/0 en « quinze années, période pendant laquelle la population « augmentait de trente trois mille habitants. » (compte-rendu p. 70).

Et M. le Dr Brouardel trouve la cause de cette diminution du nombre des personnes qui pratiquent illégalement la médecine. Au premier rang, il faut incontestablement placer ceux même qui, par leur profession, ne devraient être que des auxilliaires pour la médecine, c'est-à-dire presque tous les pharmaciens, les pharmaciennes des maisons religieuses, tous les herboristes et la plupart des sages-femmes. Aussi, tandis que le nombre des médecins diminue, celui des pharmaciens, herboristes et sages-femmes augmente-t-il dans une grande proportion. Ainsi pour la Loire, on trouve:

	En 1860	En 1875	Augmentation en quinze ans.
Pharmaciens	51	72	41 p. 0/0
Herboristes	8	15	87 p. 0/0
Sages-femmes	166	194	17 p. 0/0

Il est vrai que cette situation déplorable semble légèrement s'améliorer depuis la création des Facultés nouvelles et des Ecoles de plein exercice. Mais je crains bien que l'amélioration ne soit pas de longue durée, car les marchands d'orviétan, voient aussi, et simultanément, leur crédit se développer. Ils se réfugient un peu dans les villes où il est plus facile de se cacher et où l'on trouve plus d'agréments; mais aujourd'hui il n'y a plus de distances, et le public qui veut être trompé par eux, sait bien les découvrir.

Si l'Association ne paraît pas avoir tenu toutes les promesses qu'elle avait faites, à ses débuts, et réalisé toutes les espérances que ses membres en avaient conçues, la faute doit en partie être reportée, non à l'institution même, mais à ceux qui la constituent. Nous admettons tous que, pour être réellement forts, nous devons être unis; il faut se voir souvent, se concerter; nous devons mettre en commun nos espérances comme nos déceptions; nous devons, en un mot, vivre beaucoup plus d'une vie commune.

A ce point de vue, les réunions, déjà bien rares, des sociétés locales, ne répondent nullement aux besoins réels et aux intérêts généraux du corps médical : Elles sont trop peu suivies; on se désintéresse trop facilement de tout ce qui s'y passe. Je connais des membres des sociétés locales qui n'assistent presque jamais aux réunions de la Société à laquelle ils appartiennent. Il en est qu'on n'y a jamais vus, pas même lors de leur admission. Demandez-leur pourquoi cette indifférence à l'égard d'une Association qui devrait pourtant avoir pour eux de l'attraction, et ils vous feront les réponses que j'ai maintes fois entendues : « J'y suis allé une fois, et, comme je ne connaissais à peu près personne, je me suis fort ennuyé; je me suis bien promis qu'on ne m'y prendrait plus. » — Ou bien : « Pour quoi faire? pour entendre les beaux dis-

cours de M. X. ou de M. Y.? Non, je n'aime pas cela. » — Ou bien enfin : « C'est trop loin, je ne puis pas, je n'ai pas le temps, il est si difficile de voyager!... »

Mauvaises raisons, assurément, que tout cela! On se contente de payer sa cotisation et tout est dit.

Q'on ne vienne pas dire que nous exagérons : les réunions ne sont pas fréquentées assez assidûment. Voulez-vous des chiffres? Je prends au hasard :

Après deux années de séparation, la Société du Haut-Rhin se réunissait le 21 mai 1882 sous la Présidence du Dr Marquez. Sur *soixante-treize* membres, *vingt-huit* seulement avaient répondu à l'appel.

La réunion du 15 juin 1882, tenue à Angers, comptait *quarante-trois* membres sur *cent-cinq;*

Celle des médecins de l'Isère, tenue à Grenoble le 17 décembre 1881, réunissait *quinze* membres sur *quatre-vingt-dix*;

Celle des médecins de la Gironde, tenue à Bordeaux le 30 mars 1882, sur *deux cent-quatre-vingt-douze* membres inscrits en avait réuni *soixante-cinq* ! ...

Je le demande à tout homme de bonne foi, quelle autorité morale peuvent bien avoir de semblables réunions?

Dr Ad. Barat-Dulaurier.
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

Aspirants au doctorat. — Par décret en date du 23 juillet 1882, l'article 5 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription.

Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (1re et 2e partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre, mais, en cas d'échec à cet épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions. »

Examen probatoire. — Par décret en date du 23 juillet 1882, vu le décret du 20 juin 1878;

Considérant que les candidats au doctorat en médecine pouvant subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, ont, en fait, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie;

Considérant que chaque étudiant doit avoir nécessairement suivi le cours dont il s'agit pendant quatre trimestres;

Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième inscription. »

Service sanitaire de l'Algérie. — Un décret en date du 26 janvier organise comme suit le service sanitaire :

Article premier. — Le service sanitaire du littoral de l'Algérie, rattaché au ministère du commerce et des colonies, fonctionne sous l'autorité du gouverneur général civil de l'Algérie qui rend compte au ministère des décisions prises et de la marche du service.

Art. 2. — Le service sanitaire du littoral algérien est divisé en trois directions ayant leur siège à Alger, Oran et Bône, et subdivisées en agences, conformément à l'état annexé au présent décret.

Art. 3. — Chaque direction sanitaire, indépendante des deux autres, est dirigée par un docteur en médecine ayant le titre de « directeur de santé ». Chaque directeur de la santé relève directement du gouverneur général civil de l'Algérie, à qui il rend compte des faits concernant son service et de qui il reçoit des instructions.

Art. 4. — Un conseil sanitaire, composé conformément aux prescriptions du décret du 22 février 1876, et investi des attributions indiquées audit décret, est institué à Alger, auprès du gouverneur général, qui prend son avis lorsqu'il le juge nécessaire.

Art. 5. — Des arrêtés ministériels déterminent la composition et les traitements du personnel du service sanitaire du littoral algérien.

Les nominations des divers agents de ce service ont lieu conformément aux articles 94, à 98, du décret du 22 février 1876.

Pour toutes les nominations appartenant au ministre, le gouvernement général civil de l'Algérie est préalablement consulté.

Art. 6. — Le ministre du commerce et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

26 Août 1882 — 4me Année. — N° 34

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS

Le Comité de Direction *a l'honneur d'informer MM. les membres du* Concours médical *que la réunion annuelle de l'Assemblée générale aura lieu le dimanche 17 septembre. — On a fait choix de cette date à cause de la plus grande facilité des déplacements à cette époque de l'année.*

Le Conseil des Comités se réunira, comme le prescrivent les statuts, le samedi 16, veille de la réunion.

Conformément à l'article 3 de la tenue des Assemblées générales, les membres du Concours *qui auraient des propositions à présenter sont invités à en aviser le Directeur.*

Ceux de nos adhérents qui, ne pouvant se déplacer, désireraient néanmoins faire quelques propositions à l'Assemblée générale, peuvent aussi les adresser à l'avance par écrit au Directeur qui sera heureux de se faire leur intermédiaire.

REGLEMENT.

Concernant la tenue de l'Assemblée générale.

Art. 1. — La convocation pour les assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, quinze jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le bureau est constitué par le Directeur, *Président de droit*, deux assesseurs choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion et, pour rendre les débats aussi fructueux que possible, tout membre qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée, et publié dans le numéro du journal qui suivra la réunion.

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EFFICACITÉ DU SULFATE DE QUININE DANS UN CAS D'ASPHYXIE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES,

Par le Dr Ch. LIÉGEOIS, de Bainville-aux-Saules (Vosges).

Lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris, Lauréat de l'Académie de Médecine, Lauréat (médaille d'or) de la Société médicale d'Amiens.

En lisant, il y a trois ans, l'intéressant article

que M. le professeur Vulpian (1) a consacré à la syncope locale des extrémités dans sa clinique médicale de la Charité, j'avais été frappé des résultats aussi rapides que favorables du traitement de cette singulière névrose par le sulfate de quinine et m'étais bien promis d'essayer ce médicament à la première occasion.

Je viens d'avoir cette bonne fortune, et la guérison de ma malade me fait un devoir de fixer de nouveau l'attention sur un traitement qui me paraît surpasser en efficacité tous les autres, et qui, cependant, j'ose le dire, n'est pas employé de tout le monde.

Voici mon observation :

Mlle B... d'E..., domestique à V..., est âgée de vingt-et-un ans. Elle est réglée, sans douleurs, depuis l'âge de treize ans. C'est une fille robuste, replète, qui a toutes les apparences d'une santé florissante; elle n'est, et j'y insiste, ni anémique, ni rhumatisante, ni cardiaque; elle n'a jamais eu la fièvre intermittente. Tous les membres de sa famille sont également bien portants et ne sont entachés ni de nervosisme ni d'arthritis. Notre malade est-elle hystérique? Rien ne le démontre : la compression ovarienne est sans résultat, l'hémianesthésie fait défaut. En tant que symptômes nerveux, nous ne notons que les particularités suivantes : depuis quelque temps 1° faiblesse telle des poignets que, quand la jeune fille porte quelque chose de lourd (un enfant, une pile d'assiettes), elle se voit dans l'obligation, à un moment donné, de le laisser tomber; 2° tremblement accentué des membres supérieurs dans les mêmes conditions, mais dans ces conditions seulement; les mains tendues n'offrent pas le plus léger tremblement.

Appelé près de Mlle B..., le 10 juin, j'apprends et vois ce qui suit : Depuis les premiers jours d'avril, la malade éprouve, presque toute la journée, mais principalement vers le soir, dans les pieds, les jambes et les genoux, de violentes douleurs plus accusées dans le membre inférieur gauche que dans le droit. Durant les crises, les jambes pâles, froides comme la glace, se couvrent d'une abondante sueur; des taches ecchymotiques, lenticulaires ou ayant les dimensions d'un grain de café, apparaissent à la face plantaire de tous les orteils; une tache bleuâtre, longue de cinq centimètres, large de trois, se montre au côté externe du cou-de-pied gauche. Pas de varices. La jeune fille dit avoir éprouvé quelquefois des douleurs dans les coudes. La température des parties affectées est sensiblement plus fraîche que celle des mains et du visage, leur sensibilité très amoindrie.

Je diagnostique une asphyxie symétrique des extrémités inférieures et prescris le sulfate de quinine; le 12, le 13 et le 14, la malade prendra 1 gramme du médicament divisé en quatre paquets, soit deux paquets le matin et deux paquets le soir.

Elle cessera le 15, le 16, le 17, et recommencera le 18, le 19 et le 20 aux mêmes doses.

Je revois Mlle B... le 22. Le 21, elle a fait cinq kilomètres à pied ; elle déclare que ses douleurs sont aujourd'hui insignifiantes, qu'elles ne reviennent aiguës que vers dix heures du matin et vers deux heures de l'après-midi, mais qu'elles sont de peu de durée, que l'hypéridrose des pieds a disparu complètement. Elle accuse quelques douleurs d'estomac que j'attribue à l'action locale du sulfate de quinine. Le cœur bat soixante-huit fois à la minute, le pouls est mou, dépressible.

A l'examen des membres inférieurs, il n'y a plus ni pâleur, ni taches framboisées et ecchymotiques, ni taches bleues, ni transpiration.

Nous songeons à consolider la guérison en faisant continuer le traitement.

Le 23, le 24, le 25, Mlle B... prendra un gramme de sulfate de quinine en quatre paquets.

Elle cessera le 26, le 27 et le 28, reprendra le 29, le 30 juin et le 1er juillet, cessera encore le 2, le 3 et le 4, reprendra enfin le 5, le 6 et le 7, pour cesser le 8, le 9 et le 10 ; je dois la revoir le 12.

A cette date, ma cliente est définitivement guérie : les douleurs, les sueurs, les plaques qui annonçaient de nombreux points de gangrène futures ont cédé au traitement. Mais, en palpant la colonne vertébrale, je constate que la pression, au niveau de la septième et de la huitième vertèbre dorsale, est douloureuse: la malade prétend aussi avoir éprouvé en ces points des douleurs spontanées. La douche froide *loco dolenti*, suivie chaque matin d'une lotion froide à l'éponge me paraît devoir lutter avantageusement contre ce symptôme d'hyperesthésie médullaire.

En définitive, cette jeune domestique, dont la névrose ne saurait vraisemblablement être rattachée à une dystrophie constitutionnelle, ni à une diathèse, ni à la malaria, ni à des modifications de l'appareil utéro-ovarien (comme c'est le cas fréquent) ni peut-être même à un état particulier de nervosisme, a guéri par le sulfate de quinine; ses orteils qui étaient menacés de gangrène à bref délai ont repris leur chaleur, leur coloration, leur vie normale. Nous avons été bien avisé de suivre les errements de M. Vulpian.

Mais, pourquoi cette guérison rapide par le sulfate de quinine! Maurice Raynaud (1), M. Vulpian (2), Fischer (3) s'accordent à dire que les symptômes de la syncope locale résultent du spasme des artères de la région intéressée. Que ce spasme artériel soit dû à l'excitation du centre myélencéphalique vaso-moteur (Raynaud), ou à l'excitation des extrémités nerveuses centripètes lesquelles peuvent réagir sur les fibres vaso-motrices par

(1) A. Vulpian, Clinique médicale de l'hôpital de la Charité. — Considérations cliniques et observations par le Dr F. Raymond. — Paris, 1879, p. p. 872-889.

(1) M. Raynaud, Th doct., Paris, 1862. — Archives de mé decine, janv. et févr., 1874. — Art. Gangrène symétrique des extrémités, in nouv. Dict. de de méd. et de chir. pratiques.

(2) Vulpian, loc. cit. p. 877, et Leç. sur l'app. vaso-moteur.

(3) Fischer, Der symetrische Brand (Arh. F. Klin. Chirurgie, T. XVIII, 1875, p. 335.

l'intermédiaire des ganglions que M. Vulpian et von Golz ont découverts sur le trajet de ces fibres, près de la terminaison, dans les parois vasculaires (Vulpian), ou encore à l'excitation des vaso-moteurs qui tirent leur origine de la colonne médullaire de Jacubowitz (Poincaré) (1), et je crois qu'au cas particulier cette dernière conception s'applique très bien à ma malade hyperesthésique au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales, que ce spasme artériel, dis-je, relève de l'une ou de l'autre de ces causes, n'est-il pas tout naturel de lui opposer un médicament paralyso-vaso-moteur? Le sulfate de quinine précisément remplit cette condition, il lutte avantageusement contre le tétanos des vaso-moteurs qui préside à l'asphyxie symétrique. Briquet (2), il y a quarante ans, a constaté l'abaissement de la pression artérielle en injectant le sulfate de quinine dans les veines jugulaires ; mais il a eu bien soin de faire remarquer que, pour atteindre ce but, il ne faut pas employer le médicament à faible dose, car la pression artérielle augmenterait. Nous n'avons pas, dans notre cas, cru devoir dépasser celle d'un gramme par jour. M. Vulpian donne jusqu'à 1 gramme 50. A cette dose, le sulfate de quinine paralyse-t-il le centre vaso-moteur, ou excite-t-il les nerfs dépresseurs, ou même porte-t-il son action parétique sur les muscles vasculaires, je ne saurais le dire : ce que je sais, c'est qu'il relâche l'artère radiale, pourquoi ne relâcherait-t-il pas également les artères des membres inférieurs quand elles sont tétanisées ? Et, en réalité, tel est son effet puisque le spasme cède.

Du reste, les propriétés sédatives de ce médicament sur le système nerveux dont il atténue progressivement la sensibilité réflexe (Briquet (3), Chirone (4), Louis Dupuis (5), Laborde (6), ne sont pas à dédaigner dans une maladie où l'élément douleur joue un rôle assez important pour que M. Vulpian (7) ait incliné à penser qu'il est peut-être l'élément primordial provocateur du réflexe vaso-constricteur.

Dans notre cas, le sulfate de quinine pouvait encore agir utilement contre un symptôme assez commun dans la syncope locale, l'hypéridrose des partie affectées : Kerner (8) n'a-t-il pas démontré que ce médicament, à la dose d'un gramme, est un antisudorifique relativement puissant, d'autant plus précieux ici, qu'il serait moins logique de recourir à l'atropine qui élève la tension vasculaire ?

(1) Poincarré, le Syst. nerv. périph., etc., Paris, 1876 p. 332.
(2) Briquet, Bull. Ac. méd., Paris, 1842, T. VIII, pp. 152, 898.
(3) Briquet, Ac. méd-, 1872.
(4) Chirone, Gaz. hebd-, 1875.
(5) L. Dupuis, Th. doc., Paris, 1877.
(6) Laborde, Soc. biol. 19 mai 1877, Acad. de méd- 20 janv. 1880.
(7) Vulpian, loc. cité. p. 877.
(8) Kerner, Beitræge zur Kenntniss der Chinin resorption (Pflüger's Archiv., 1870.)

La thérapeutique expérimentale (je ne dis pas l'expérience clinique) autorise également l'emploi de la teinture de vératrum viride et de la vératrine (à dose dite régulière), de l'aconitine, de la morphine, du chloral, de l'émétine, de la muscarine, de l'hyoscine, dont j'ai fait voir ailleurs l'application en tant que médicaments artério dépresseurs ; elle rejette le bromure de potassium, parce que c'est un artério-tenseur et, de fait, M. Vulpian ne l'a jamais vu réussir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LA PROFESSION MÉDICALE.

(Suite)

Actuellement, une grande partie des infirmiers de visite est fournie par les élèves en médecine et en pharmacie, qui n'ont pu être engagés conditionnels d'un an et ont subi le sort. Cette situation d'infirmier de visite est très recherchée par les travailleurs, elle permet à ceux qui se trouvent dans les villes où se trouvent des écoles, de suivre les cours nécessaires, de passer des examens, et beaucoup quittent le service avec leurs diplômes scientifiques. Les moins favorisés peuvent travailler facilement, entretenir leurs connaissances ; ils ne perdent pas leur temps, car ils voient des malades. Tous, en un mot, peuvent utiliser, pour leur instruction, les années qu'ils passent à l'armée.

Durant leur année de service les conditionnels, après avoir pendant plusieurs mois appris le maniement du fusil, sont mis à la disposition du médecin en chef de l'hôpital près duquel ils sont, pour être disséminés dans les services médicaux. Ces jeunes gens sont souvent très utiles, surtout les plus avancés dans leurs études. Mais, trop nombreux dans le même établissement, ils ne peuvent profiter également des ressources scientifiques et cliniques mises à leur disposition. Le volontariat, tel qu'il est, est condamné pour les médecins.

Le nombre des infirmiers de visite est considérable. Rien que pour le service des ambulances, il en faut trente-quatre par corps, soit six-cent-quarante-six pour dix-neuf corps. Et cette composition est celle prévue par les anciens errements administratifs, il y aura plutôt à augmenter qu'à diminuer ce personnel. Reste à pourvoir les postes d'évacuation, les hôpitaux, etc. On comprend de suite que c'est par mille que l'on doit compter seulement pour une armée. Ces indications suffisent pour montrer quelle énorme quantité de per-

sonnes s'occupant de médecine on doit préparer en vue d'un service de guerre réellement utile.

Actuellement, pour le service de paix, on trouve assez difficilement un personnel d'infirmiers de visite suffisant ; mais on y arrive. En temps de guerre, ce serait impossible, les jeunes volontaires sont docteurs et aides-majors.

En faisant passer par le service médical tous les étudiants en médecine, on assure largement le service de paix, et l'on prépare le service de guerre.

Il y a peut-être à se demander si le nombre des étudiants ne serait pas trop élevé pour les besoins du recrutement des infirmiers de visite. C'est possible, mais il y a lieu de régler tout d'abord ce mode de recrutement. Il ne suffit pas de dire, pour être admis, que l'on est étudiant : il faut donner la preuve que l'on est sérieusement engagé dans la carrière médicale. Généralement, à vingt ans, les étudiants en médecine ont un certain nombre d'inscriptions qui témoignent de la réalité de la profession choisie. Il suffira d'exiger la possession de huit inscriptions au moins pour être admis infirmier de visite.

Le ministre pourrait autoriser le devancement d'appel à dix-huit ans aux possesseurs de ces huit inscriptions. De même, il pourrait accorder des sursis d'arrivée quand la demande en serait justifiée. Le recrutement se ferait entre les deux limites extrêmes, dix-huit et vingt-deux ans.

Réunis en compagnie, ces jeunes gens obtiendraient, comme leurs camarades de l'armée, les grades de *caporal*, *sergent*, *adjudant* : récompenses de leur bonne conduite ou des services rendus, les emplois variant avec les grades. Après deux ans do service, ceux d'entre eux qui seraient posesseurs du diplôme de docteur, pourraient être nommés aides-majors de l'armée active, en passant avec succès les examens de fin d'année du Val-de-Grâce.

Comme le nombre des recrues pourrait parfois être disproportionné avec les besoins du service, le ministre aurait le droit de décider que les plus anciens et les meilleurs sujets, ayant fait preuve de capacité, seraient renvoyés dans leurs foyers avec des congés temporaires, restant à la dispositions du ministre jusqu'à leur libération légale, le rappel ne pouvant avoir lieu que dans des circonstances graves. Ces facilités de devancement d'appel, de sursis, de congés permettront de régulariser le fonctionnement selon les besoins variables du service.

Cette organisation que j'indique comme possible, nécessaire même, rappelle, dans un certain sens, ce qui existait lorsqu'il y avait des chirurgiens sous-aides.

Le sous-aide était le maître Jacques de la chirurgie militaire, on a eu raison de supprimer cet emploi, sa situation était mal définie. Ce grade était un obstacle sérieux au bon recrutement du corps en obstruant l'entrée par des non-valeurs. De plus, les fonctions étaient trop disparates ; le sous-aide était tantôt infirmier de visite, tantôt il était investi d'un service important. C'était toujours un sous-aide qui était en Afrique chef d'ambulance, quand les colonnes expéditionnaires n'avaient pas un grand effectif. La mortalité par le feu de l'ennemi était proportionnellement considérable parmi ces jeunes gens.

Le service défini et précis des infirmiers de visite actuels peut être tenu avec intérêt et profit par de jeunes élèves, qui ne conserveront que temporairement ces fonctions, très importantes, mais secondaires.

Ce que je viens de dire suffit à démontrer la facilité que l'on aurait, par l'adoption du service obligatoire, à recruter et préparer, pendant la paix, un personnel médical complet qui, pendant la guerre, serait apte à rendre les plus grands services.

Il reste la seconde à résoudre : Quelles sont les modifications que la loi peut apporter dans le fonctionnement de la médecine civile ?

Il est de toute évidence que, lors même que la profession subirait quelques inconvénients, dès que l'intérêt général l'exige, elle doit les accepter sans se plaindre. Elle partage avec les autres professions les charges communes. Éprouvera-t-elle des dommages ? C'est ce que l'on peut se demander.

Jetons un coup d'œil sur la manière dont se fait le recrutement de la médecine civile.

Au sortir du collège, de seize à vingt ans, le futur médecin est obligé de suivre les cours d'un école de médecine secondaire et de faculté. Pour que les inscriptions soient complètes et les examens terminés, il faut compter cinq années d'étude. A vingt-deux ou vingt-trois ans au minimun, un jeune homme peut être possesseur de son titre et venir exercer dans une localité quelconque. A vrai dire, à cet âge, le médecin n'inspire qu'une confiance relative, et généralement, à moins de circonstances exceptionnelles, influence de famille, pénurie de médecins, les années se succèdent sans grand profit pour la bourse du praticien. Il y a forcément de longs mois à peu près perdus pour l'exercice lucratif et utile de la profession.

Il n'y a donc, pratiquement, aucun inconvénient à ce que la carrière publique du médecin commence un peu plus tard. Généralement, en France, on a la mauvaise coutume de se hâter de s'emparer des fonctions, sans trop se préoccuper de savoir si les titulaires sont bien préparés à les remplir.

On regarde volontiers la période des études préliminaires comme du temps perdu.

On peut divisei les étudiants en trois catégories : les travailleurs énergiques, les simples travailleurs, et enfin ceux qui sont le contraire.

Les premiers, qui sont les compétiteurs empressés des places d'externes et d'internes des hôpitaux, forment l'élite de cette jeunesse studieuse ; ce sont les hommes de l'avenir, les futurs professeurs, etc. Mais ceux-là, précisément, ne se hâtent pas de terminer leurs études, ils comprennent que la véritable manière d'aller loin, c'est d'assurer sa carrière par de solides connaissances. Ils ne prennent le grade de docteur qu'après avoir épuisé toutes les ressources d'instruction.

Ces jeunes gens, passant par le service militaire, n'y resteront pas longtemps ; ils auront vite conquis des positions spéciales et mérité des congés temporaires.

Ils auront profité de ce stage pour connaître une catégorie de malades que l'on ne rencontre pas dans les établissements civils. Ils s'assimileront ce qu'il est utile de savoir du fonctionnement médical des armées. Ils seront des médecins de réserve précieux.

La seconde catégorie des étudiants se compose de jeunes gens qui, pour divers motifs, ont hâte d'en finir et d'aller le plus promptement possible s'établir dans une localité de leur choix. Ils travaillent en vue des examens, et, par suite, le travail est incomplet. C'est la mémoire qui fonctionne au lieu du raisonnement.

A cette catégorie, le passage dans l'armée ne peut qu'être profitable. Ces jeunes gens verront des malades, feront des pansements. Malgré les plus grand efforts faits par les professeurs des écoles, pour forcer les étudiants à passer par le service des hôpitaux, on n'est pas encore arrivé à des résultats complètement satisfaisants ; dans certaines facultés, les élèves sont trop nombreux. En un mot, il arrive encore trop souvent qu'un jeune docteur ne connait que théoriquement les maladies.

Tout jeune homme ayant un zèle moyen, une aptitude ordinaire, bénéficiera forcément de l'obligation où il sera de recueillir des observations, de suivre les maladies pendant la période de service militaire.

Enfin, la troisième catégorie d'étudiants, qui devient heureusement très rare, ces temporisateurs qui mettent de nombreuses années à attraper subrepticement, de loin en loin, un examen, et finalement arrivent au doctorat, auront tout à gagner en passant par l'armée.

C'est peut-être cette nécessité qui fera disparaître absolument la catégorie des retardataires. D'abord, ils ont dû prendre leurs huit inscriptions, pour entrer dans l'armée au titre médical ; pendant leur vie militaire, ils auront, malgré eux, acquis certaines connaissances pratiques qui, s'inculquant dans leur esprit, leur seront d'un grand secours pour leurs examens d'abord, pour leur pratique plus tard, quand ils seront aux prises avec la clientèle.

Si les considérations auxquelles je viens de donner quelques développements sont vraies, je crois qu'il est difficile de les contredire, l'adoption du service de trois ans, loin d'être une gêne, une cause de perturbation pour le bon recrutement de la médecine civile, sera une bonne loi qui forcera les générations nouvelles à connaître les côtés pratiques de la profession, les détails intimes, en apparence vulgaires, qui ont une si grande importance.

La confiance des clients aux médecins qui auront le mieux profité de ces enseignements nouveaux sera considérablement augmentée.

Cette loi, si utile pour le recrutement du service militaire en temps de paix, sera, nous l'avons démontré, féconde en temps de guerre. Tout le personnel médical de France connaîtra suffisamment et par expérience les devoirs que la médecine des armées impose. Et si jamais nos légions se lèvent pour la défense de la patrie, elles sauront qu'elles ont un personnel médical instruit, nombreux, qui pourra, sans hésitation, ni défaillance, subvenir aux durs travaux des jours de bataille, aux difficultés des évacuations, et, dans les hôpitaux, appliquera avec maturité les préceptes scientifiques.

Ces fonctions nouvelles augmenteront les liens de bonne confraternité entre les médecins. Appelés tous à remplir leurs obligations envers la patrie, à servir la France, les uns le feront temporairement, les autres feront leur carrière définitive de la médecine des armées.

Les médecins de l'armée active seront les tuteurs de leurs confrères de la réserve, leurs guides, ils seront particulièrement destinés à veiller aux grandes lignes du service, prévenir ses besoins, s'occuper du côté légal et administratif ; leurs collaborateurs de la réserve ne seront plus des inconnus, car tous auront passé par les mêmes épreuves. Et les relations que l'on contracte aux débuts d'une carrière commune imposent des souvenirs qui servent beaucoup à reserrer entre ses membres l'esprit de corps et la discipline.

(*Revue scientifique*) ALIX

II

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE

Par le Dr. PERRON (de Besançon)

Nous avons trouvé, dans le Bulletin de l'Association des médecins du Doubs, un véritable petit *traité de l'honnêteté professionnelle.* Avec l'assentiment de l'auteur, M. le docteur Perron, nous en publierons de temps en temps quelques chapitres : C'est, en effet, un document que consulteront avec fruit ceux de nos confrères qui, voulant se réunir en syndicat, ont à rédiger des règles de Déontologie professionnelle.

AVANT-PROPOS

Un Franc-Comtois, aussi savant que modeste, le vénérable Girod-Chantrans (1), voulait qu'on complétât l'éducation des jeunes gens par un cours *de bon esprit de conduite ou de savoir-vivre.*

C'est un enseignement auquel, jusqu'ici, la théorie a manqué à peu près complètement.

Le jeune homme entre dans l'exercice de sa profession, ne sachant au juste ni ce qu'il doit faire

(1). Le maître et l'ami de Charles Nodier, Girod-Chantrans, est l'auteur d'un *Essai sur la géographie physique du département du Doubs* en deux volumes. Paris, 1810. Il avait publié précédemment des recherches chimiques et microscopiques sur les conferves, bises, tremelles, etc., avec planches enluminées, et plusieurs Mémoires scientifiques très remarquables,

ni ce qu'il doit éviter, à moins qu'il n'ait un père de même état pour guider ses premiers pas.

Les préceptes de l'honnêteté professionnelle, déduits de l'expérience et inscrits dans la conscience des hommes faits, ne sont pas encore formulés. Que dis-je? il y en a qui les nient ou du moins qui en contestent les fondements.

Voici ce que m'écrivait, sous l'empire (1), un personnage officiel assez élevé dans l'enseignement : «... Le devoir du médecin, dites-vous, a des principes certains. Je l'ai cru pendant longtemps. Mais les exemples, sans cesse renouvelés, que j'ai sous les yeux m'ont radicalement détrompé. Ces principes ne sont pas tellement clairs qu'ils apparaissent à chacun, car je ne vois guère aujourd'hui qu'un individualisme déplorable faisant fléchir au gré de ses intérêts et de ses passions toutes les règles du juste et de l'honnête; et je suis convaincu que la loi morale, qui vous semble si évidente, aurait fort besoin d'une nouvelle et plus saisissante révélation... »

Je ne suis pas un Messie, et je n'ai pas la prétention de révéler quoi que ce soit. Seulement l'expérience nous apprend, quelquefois à nos dépens, qu'il est nécessaire, dans chaque profession, d'avoir des règles de conduite dont il ne serait jamais sage de se départir.

Evidemment ces règles n'ont pas une sanction inévitable. On peut les enfreindre, on peut s'applaudir, même un moment, de les avoir méconnues, mais elles n'en ont pas moins des caractères auxquels on reconnaît toute loi morale.

1° Elles sont de sens commun, c'est-à-dire acceptées librement par la majorité des consciences individuelles.

2° L'observation en est toujours honorable, quoi qu'il advienne, et l'infraction au contraire en est souvent punie.

Autrefois, chaque corps d'état, limité dans son recrutement, avait des usages, des statuts, ce qu'on appelait sa tradition, et tout membre de la corporation était tenu de s'y conformer et de s'y soumettre. Cela, j'en conviens, n'empêchait pas les vieux confrères de se gourmer entre eux; la tradition n'établissait pas une parfaite et constante harmonie dans leurs rapports, mais enfin elles les réglait.

Aujourd'hui, la plupart des professions sont libres. On peut ouvrir boutique les uns à côté des autres. Et les rapports entre gens de même état étant abandonnés à l'inspiration de chacun, il n'y a plus rien de certain, comme le dit notre personnage officiel de tout à l'heure: l'épicier sert à crédit les consommateurs qui n'ont pas payé l'épicier d'en face, le médecin rend visite au malade de son confrère, etc. — Ils n'en sont pas moins honorables pour cela! — Vous le croyez? Eh bien, non; la première fois qu'ils ont commis cette maladresse, ils ont fait un acte immoral en favorisant l'esprit de fraude et l'ingratitude des clients, et ils ont dû se sentir un peu humiliés quand on s'en est aperçu.

Ce qui prouve bien du reste la nécessité où l'on est de refréner cet esprit général d'indiscipline, dont la société pâtit, c'est la tendance qu'ont tous les corps d'état à former de plus en plus des associations syndicales.

Non, il n'est pas besoin d'une révélation nouvelle, si tant est qu'il y en ait jamais eu, pour asseoir des règles et des préceptes d'honnêteté professionnelle. Les principes de morale admis par la raison ne sont pas indiscutables; mais le sont-ils davantage quand ils reposent sur une prétendue révélation? Au surplus, ils ne sont nullement contredits par les vérités révélées. Ils ont même en elle une nouvelle base, puisqu'ils sont implicitement renfermés dans la loi religieuse. C'est en leur faveur un criterium de plus.

Nous avons donc à reprendre — je ne dis pas à nous refaire — une tradition négligée pendant les révolutions des temps modernes. Cette tradition, étant fondée sur une expérience très ancienne, ne saurait être ni perdue ni changée tout à fait.

J'ai eu entre les mains un cahier de notes ayant appartenu à un écolier de l'université de Dôle.

Et j'ai vu sous cette rubrique : « *De Honestate*, præceptiones notandæ Guillelmi Paulet (1), Amagetobriensis, Dole, 1660, » une série de formules curieuses condensant les règles qu'un médecin devait observer dans la pratique de sa profession. Comme j'ai trouvé ce manuscrit fort intéressant, j'en ai traduit et paraphrasé les sentences en les appropriant aux habitudes du siècle où nous vivons.

C'est cette cuisine déontologique que j'ai l'honneur de soumettre à la Société locale du Doubs.

PRÆCEPTIO PRIMA.

In Deo salus. Ne gloriori....

Ne nous vantons pas; la guérison s'opère sans nous.

Il est bien doux de recevoir les bénédictions du public quand nos malades se sont tirés d'affaire; mais, par contre, il est bien amer de nous entendre diffamer quand nous les avons perdus. Ceci est pourtant la simple contre-partie de cela. — Tu pouvais laisser mourir mon enfant et tu l'as guéri; béni sois-tu! — Tu pouvais le sauver et tu l'as laissé mourir; je te maudis!

C'est assez logique.

On honorait les médecins jadis à l'égal des dieux. Quand ils avaient opéré quelque guérison inespérée, on leur élevait des statues, sauf plus tard à les lapider s'ils échouaient. Et plus d'un prenait sa divinité au sérieux. Ménécrate osait écrire à Philippe de Macédoine : « Le divin Ménécrate au roi Philippe, salut!... » A quoi celui-ci, en homme d'esprit, répondait : « Au médecin Ménécrate, le roi Philippe, santé! » comme pour lui faire entendre qu'il était fou.

(1) 11 novembre 1862.

(1) On ne sait absolument rien de ce personnage, qui ne figure ni comme professeur ni comme docteur régent sur aucun catalogue.

A la mort d'Ephestion, Alexandre fit pendre son médecin Glaucus et ruiner le temple d'Esculape.

L'empereur Adrien, à la veille de mourir de la dysenterie, ordonna qu'on inscrivît sur son tombeau *qu'il était mort par la faute de ses médecins, que ses médecins l'avaient laissé mourir.*

Une des illusions les plus enracinées dans le peuple, c'est que l'homme de l'art doit posséder des *secrets* certains pour guérir toutes les maladies. On croit encore aux arcanes et aux panacées.

J'avais dans le temps traité avec succès une petite fille d'Osse atteinte d'ophtalmie chronique. Cette guérison vantée là-bas avec excès me valut du coup la confiance des gens du pays, qui venaient à mon cabinet par troupes, comme à la consulte du bossu d'Ecot ou du bourreau de Porrentruy. Je m'aperçus qu'en partant, la plupart des malades insistaient pour savoir à quelle officine ils devaient s'adresser. — Quel est votre apothicaire? me demandaient-ils. — Je n'ai pas de pharmacien attitré. Allez où il vous plaira. — Cette clientèle jugeant, par là, que je n'étais qu'un guérisseur ordinaire, sans remèdes secrets, finit par se rendre ailleurs. Je ne voulais pas être considéré comme *un médecin du secret*, et c'est comme tel qu'on venait me consulter (1).

Ne nous vantons pas trop des succès que nous avons obtenus. Tenons-nous en garde, surtout contre les éloges souvent exagérés qu'on nous décerne, et défions-nous de l'admiration temporaire et quelquefois superstitieuse dont nous sommes l'objet de la part des esprits crédules. Tâchons enfin de nous préserver des clients trop enthousiastes, parce qu'à un moment donné leur extravagance aura sa réaction, dont nous aurons à souffrir.

C'est assez difficile, j'en conviens, de ramener à des proportions raisonnables l'importance du rôle qu'on nous attribue, et de maintenir, dans de justes bornes la considération qu'on nous témoigne. Mais, enfin, il faut essayer. Il y a un certain mérite, quand on est réputé dieu, à ne pas abuser de sa divinité; il y en a bien davantage à se dépouiller bénévolement de ses attributs, et à montrer à ses adorateurs l'inanité de ses foudres et de sa toute-puissance.

On a besoin d'être tranquillisé dans une famille quand on a un parent gravement malade. Et c'est pourquoi on veut que le médecin donne des assurances positives sur l'issue de la maladie... Mais qu'en peut-il savoir?

(1) Voici comment procède, pour impressionner l'esprit superstitieux de ses clients, certain médecin spirite qui vit dans nos murs. Il n'a pas seulement son officine attitrée, mais il a soin de se faire apporter chez lui les potions qu'il prescrit, pour y ajouter quelques gouttes d'un liquide dont lui seul connaît la composition et les vertus...

Ce petit procédé n'a l'air de rien, n'est-ce pas? Employé sans rire par un adepte du spiritisme, il est étonnant.

Ne disons jamais que nous répondons *d'un malade et que nous sommes sûrs de le tirer d'affaire*. Ce sont des locutions de charlatans.

Ne disons pas non plus que *le malade est perdu*, que *la guérison serait miraculeuse*, etc. Ces affirmations, trop absolues, sont insensées et malhabiles. Dans un art aussi conjectural que la médecine, un rien vient quelquefois dérouter les prévisions du plus clairvoyant, et l'événement tourne assez souvent au contraire de ce qu'il supposait.

En général, plus les médecins sont ignorants, plus ils sont affirmatifs. A cet égard, le ridicule de nos devanciers, qui se targuaient d'avoir des remèdes souverains contre tous les maux, doit nous servir de leçon. Ne promettons rien que ce qu'il est en notre pouvoir de donner.

On n'est sûr de rien.

Ecoutez ce qui advint au Franc-Comtois Jacques Beaulieu, plus connu sous le nom de frère Jacques, le lithotomiste.

Cet empirique fameux avait parcouru une grande partie de l'Allemagne, la Flandre, les Pays-Bas, etc.; opérant de la pierre, au moyen d'une méthode nouvelle, tous les calculeux qui se présentaient, comme cela était établi par d'innombrables certificats. Il jouissait déjà d'une réputation considérable, quand il résolut de se produire à Paris, sur le théâtre du monde le plus en vue.

Il fut mandé chez le maréchal duc de Lorges, qui était travaillé de la pierre. Mais, comme il était d'assez pauvre marque, et mal accoutré, avant de lui laisser tailler un aussi noble personnage, on jugea à propos de le faire expérimenter *in animâ vili*. On trouva dans Paris quarante calculeux (1) — ils étaient communs dans ce temps-là — qui furent amenés dans l'hôtel du maréchal et opérés par le frère Jacques, sous les yeux des chirurgiens du roi. Au dire de ceux-ci, la taille était pratiquée d'une façon grossière et peu savante.

Il paraissait bien que notre empirique connaissait peu l'anatomie; mais enfin tous ses opérés furent guéris en quelques semaines.

Après cela, le duc de Lorges n'hésita plus à subir l'opération. Il la subit, mais il en mourut le lendemain (2).

Réchauffons l'espérance au cœur de nos malades, parce que l'espérance soutient le courage dont tous ont si grand besoin; mais n'affichons pas des prétentions outrecuidantes.

Les guérisons s'opèrent sans nous.

PRÆCEPTIO II.

Mendacium odi et præstigia fuge.

Ne trompons point; soyons des conseillers sincères et vrais.

Arnauld de Villeneuve, fameux médecin de

(1) Chopart, dans son ouvrage sur les maladies des voies urinaires, donne le chiffre de vingt-deux.

(2) On peu lire tout au long cette curieuse anecdote dans les *Mémoires de Saint-Simon*, qui était le beau-frère, je crois, du maréchal.

Paris au XIVe siècle, avait composé spécialement un ouvrage pour diriger les débutants dans les chemins scabreux de la pratique de leur art. C'est un recueil de trucs pour se tirer d'embarras dans les cas difficiles. Il est intitulé : *De cautelis medicorum*.

« ... En voici un, le septième, qui est assez « généralement employé. Par exemple, si l'exa- « men des urines ne vous apprend rien, vous dites « que le malade a une obstruction du foie. — « Mais non, Monsieur, observe-t-on, c'est à la « tête qu'il a mal. — Cela vient du foie, répon- « drez-vous. Et surtout employez avec art ce mot « d'obstruction dont personne ne comprend le « sens ; ce qui est très important...

« *Septima cautela est : tu forte nihil scies* « *de judicio ex urina ferendo, dic quod habet* « *obstructionem in hepate. — Dicet : Non,* « *domine ; imo dolet in capite. — Tu debes* « *dicere quod hoc venit ab hepatè... Et specia-* « *liter utere hoc nomine obstructio, quia non* « *intelligunt quod significat, et multum expe-* « *dit ut non intelligatur locutio ab illis* (1). »

Autrefois les médecins cherchaient à frapper l'esprit des malades. Ils posaient ; ils étaient tous plus ou moins charlatans. Ils se livraient en tenant leur sérieux à l'inspection des urines ; et ils écoutaient sans rire le bruit qu'elles donnent en tombant dans le vase. Et malheur à l'honnête homme, comme Botal, qui répudiait d'aussi misérables pratiques : il était mis à l'index.

Ces singuliers personnages affirmaient l'origine surnaturelle d'une foule de maladies. Ils avaient introduit, dans la pratique, l'usage de l'astrologie, rédigeant et répandant les almanachs dont nous voyons encore des spécimens, et où sont notés les ours bons à saigner et bons à prendre médecine. Eraste, au XVIe siècle, et avec lui quelques hommes sérieux, se plaignent que, de leur temps, on ne pouvait ni purger ni saigner, sans consulter le calendrier.

Comme nous sommes moralement supérieurs à tous ces gens-là ! Nous valons mieux parce que la société dans laquelle nous vivons est meilleure et plus éclairée ; parce qu'il n'est plus besoin de mentir et de tromper, pour faire éclater à tous les yeux l'utilité et la grandeur de notre art.

Nous devons la vérité à nos amis. En conseillers sincères et dévoués, nous la devons aussi à nos clients quand elle peut leur être utile. Que serviront à un dyspeptique, par exemple, les alcalins et les amers, si son affection, qui provient de ses écarts de régime, se reproduit sans cesse par suite d'écarts nouveaux dont il ne soupçonne pas la nocuité ? Un médecin honnête ne se contente pas des palliatifs et des adoucissants. Il cherche à pénétrer les causes effectives de la maladie et à découvrir les habitudes vicieuses qui l'ont déterminée, afin de les signaler au malade, pour le mettre en garde et l'empêcher, si possible, de retomber dans sa faute, dût cette révélation lui déplaire.

(1) SPRENGEL, *Histoire de la médecine*, tome III, page 253.

L'intéressé une fois guéri n'en aura cure ? — Qu'importe ? il ne pourra du moins pas accuser son médecin de ne l'avoir pas averti.

Il nous faut quelquefois un grand courage pour oser dire aux malades ce que nous pensons de leur état. Jamais je n'ai entendu un buveur d'absinthe attribuer ses névroses à la boisson dangereuse dont il fait abus ; jamais un désœuvré, son spleen à sa vie de cancre ; jamais un débauché non plus ne croira que ses prétendus rhumatismes sont imputables à ses excès et à l'épuisement. On met tout cela sur le dos des intempéries, des chagrins, des privations ; et on ne veut pas convenir que les causes de nos maux sont en nous-mêmes, qu'elles dépendent de nous le plus souvent.

Et en cela, presque tous les malades sont de bonne foi. Il y en a si peu qui observent et qui sachent se gouverner !... « Si un homme, disait « Tibère, ne sait pas, à trente ans, ce qu'il doit faire « pour se bien porter, et s'il a besoin d'un méde- « cin pour lui tracer son régime, il est indigne de « vivre. » Eh bien, la plupart des hommes en sont là. Ils ne savent pas ce qui leur est bon et ce qui leur est mauvais. Ils abusent de tout, et s'étonnent de souffrir !

Les médecins sont de désagréables sermonneurs ; mais ils ne sauraient se dérober à cette obligation, parce qu'ils sont les ministres ou les serviteurs d'un dieu — la nature — dont on ne viole pas les lois impunément. Toute transgression coutumière de ces lois devient une habitude vicieuse, et toute habitude vicieuse entraîne tôt ou tard des conséquences pathologiques que l'observation la plus ancienne a fait entrevoir. C'est une sanction nécessaire. Si certaines maladies n'existaient pas, il faudrait les inventer.

(*à suivre*). Dr PERRON (*de Besançon*).

III

LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES ET LA RÉFORME DU CODE D'INSTRUCTION CRIMINELLE.

Le projet de loi sur l'Instruction criminelle, actuellement en discussion devant le Sénat, détermine par les articles 56 à 61, le mode de recrutement des experts et les conditions des contre-expertises que pourront toujours réclamer les inculpés ou leurs défenseurs. Les dispositions nouvelles doivent-elles apporter des modifications considérables à la pratique habituelle de la médecine légale ? Avant de répondre à cette question intéressante pour un grand nombre de nos confrères, il est utile de faire connaître le texte des articles de loi adoptés par la Chambre haute, dans la séance du 26 mai dernier.

ART. 56. — Le juge d'instruction désigne, au besoin sur la liste annuelle dressée suivant l'art. 62, un ou plusieurs experts qu'il charge des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité.

ART. 57. — L'inculpé peut choisir sur ladite liste, un expert qui a droit d'assister à toutes les

opérations, d'adresser toute réquisition aux experts désignés par le juge d'instruction et qui consigne ses observations, soit au pied du procès-verbal, soit à la suite du rapport.

S'il y a plusieurs inculpés, s'ils doivent se concerter pour faire cette désignation, ce choix doit être fait quarante-huit heures au plus tard après l'avis qui est donné à l'inculpé de la désignation du premier expert.

Art. 58. — Le juge d'instruction statue, sauf recours à la chambre du Conseil, sur tous les incidents qui s'élèvent au cours de l'expertise.

Il peut, en tout état de cause, adjoindre un ou plusieurs experts à ceux précédemment désignés.

Art. 60. — Les rapports d'experts doivent être tenus à la disposition des parties quarante-huit heures après leur dépôt.

Art. 61. — Si l'expertise est achevée avant la mise en cause ou l'arrestation de l'inculpé, celui-ci a le droit, après la communication du rapport, de choisir sur la liste annuelle un expert qui examine le travail des experts commis et présente ses observations et réquisitions.

Art. 62. — La liste des experts qui exercent devant les tribunaux est dressée chaque année pour l'année suivante par les Cours d'appel, sur l'avis des Facultés, Corps savants, Tribunaux civils, Tribunaux de commerce, suivant les formes fixées par un réglement d'administration publique. Néanmoins, la Chambre du Conseil peut, lorsque les circonstances l'exigent, autoriser la désignation d'experts qui ne figurent pas sur les listes annuelles.

Le législateur a donc deux objets en vue dans la nouvelle loi : 1° mieux sauvegarder l'intérêt de la défense; 2° assurer le recrutement des experts et le contrôle de leurs opérations.

Relativement au premier point, l'innovation inscrite dans la loi existe déjà en fait dans la pratique actuelle. Le médecin, lui-même, est le premier à réclamer, dans les cas graves ou douteux, l'adjonction de confrères d'une compétence spéciale, et le parquet fait toujours droit à cette demande. En réalité, par conséquent, les opérations sont contrôlées; les constatations d'urgence du premier expert sont ainsi vérifiées et discutées, et le. intérêts de l'inculpé sont toujours sauvegardés La meilleure preuve en est le nombre relativement considérable des abandons de poursuites que le juge d'instruction et les Chambres de mise en accusation décident chaque année, après la lecture des rapports médico-légaux d'experts choisis suivant l'usage par le juge d'instruction. De plus, il n'est pas rare de voir la défense se servir en faveur des inculpés, des conclusions des rapports médico-légaux, nouvelle démonstration des garanties d'impartialité des expertises, telles qu'elles se font actuellement.

En tout cas, la contre-expertise, telle qu'elle est déterminée dans les articles précédents, constitue une amélioration incontestable dans les petites localités. Elle permettra un sérieux contrôle des premières opérations, et facilitera au ministère public et à la défense le recours aux lumières des médecins du siège de la Cour d'appel.

Mais, pour que la contre-expertise ne devienne pas dans quelques circonstances l'origine de conflits, ou de la part de certains hommes, un prétexte à des querelles personnelles, sous les apparences de faciles critiques, il serait utile qu'un règlement fixât le mode opératoire des expertises médico-légales. Dans la plupart des Etats de l'Europe, des règles uniformes ont été adoptées pour les recherches de ce genre, et même en Allemagne pour les simples autopsies judiciaires. L'Italie vient de suivre cet exemple, et un décret a déterminé la marche à suivre dans les expériences de ce genre.

Sous le rapport du recrutement du personnel des experts, il est vraisemblable que l'adoption de la nouvelle loi ne modifiera pas le mode de procédure actuellement en usage. Dans les grandes villes, la liste des experts des cours d'appel existe en fait, et les juges d'instruction ne s'adressent pas au premier venu. Il est d'ailleurs probable que les fonctions médico-légales ne seront recherchées que par un petit nombre de candidats, à moins qu'une rémunération plus équitable soit quelque jour accordée aux médecins légistes.

Mais si une rémunération réellement *impertinente*, selon l'expression énergique du rapporteur de la loi, est assurée aux médecins commis par le parquet; quelle sera donc celle des experts choisis par les inculpés? Quelque grand que soit le dévouement du Corps médical, il a des limites. Vraiment les auteurs de la loi et les rédacteurs de règlements d'administration publique, devraient bien songer que le médecin est un homme comme un autre, qu'il a des besoins à satisfaire, et que la science mérite tout au moins quelque respect, surtout quand on a besoin d'elle dans les circonstances les plus graves et les plus difficiles.

Si le médecin est honoré d'être appelé par son savoir à éclairer la justice, cet honneur mériterait bien un honorarium qui, au dire de M. Prudhomme, pour un honorarium soit un honorarium.

Ch. Eloy
(*Union médicale*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Compression de la carotide dans les maladies spasmodiques.

Tout le monde connaît l'état d'angoisse d'un enfant pris tout à coup d'un accès de coqueluche; ces secousses brèves, rapides et répétées des quintes prolongées de toux sèche, retentissante, entrecoupées de longues inspirations rauques, sifflantes, incomplètes; ces tentatives bruyantes d'inspiration; ces efforts impuissants pour expulser la matière visqueuse, filante, transparente qui marque la fin de l'accès. Ces paroxysmes éveillent profondément la sollicitude des parents; ils fati-

guent et anéantissent les pauvres petits malades. Aussi a-t-on cherché à abréger la durée, ou tout au moins à atténuer la violence de l'accès spasmodique, par différents agents thérapeutiques, entre autres l'aconit, le bromure d'ammonium et de potassium, l'assa-fœtida, la belladone, le chloral et même le chloroforme (Roger).

Quoique la suffocation, ou tout autre accident grave, ne soit généralement à redouter que chez les très jeunes enfants, on ne peut se défendre d'une certaine anxiété lorsqu'au milieu de la nuit on assiste à cette lutte de l'enfant avec l'accès spasmodique. C'est dans un de ces instants pénibles que je me suis rappelé un des effets de la compression de la carotide. Pendant que d'une main je soutenais la tête penchée en avant de mon petit garçon, avec la pulpe du médius de l'autre main je comprimais la carotide gauche au-dessus de l'angle inférieur de la mâchoire, en évitant la jugulaire. L'accès s'arrêta court; je craignis alors d'avoir empêché le larynx et les bronches de se débarrasser de la matière visqueuse, mais quelques secondes après, mon petit garçon rejeta par deux ou trois secousses de toux, sans efforts, et par une sorte d'expulsion, une gorgée de matière filante, et se rendormit aussitôt. Plusieurs fois pendant la période spasmodique, dès l'apparition des symptômes, appelé par cette inspiration sonore, rauque, j'ai essayé de faire avorter l'accès par ce moyen, et toujours l'accès a été coupé court, ou s'est terminé par de petites secousses de toux, se répétant en faiblissant, comme un écho des dernières saccades du spasme. Les muscles du cou se relâchaient brusquement et l'expulsion des matières visqueuses se faisait sans efforts. Aussi dès que l'accès éclatait, l'enfant portait rapidement les mains à son cou, essayant de l'arrêter lui-même. Ce moyen empirique, dont l'explication physiologique a été rapportée à la compression du nerf laryngé inférieur ou du pneumogastrique, mais qui me paraît dû plutôt à une modification brusque par ischémie de l'innervation du mésocéphale, n'a pas pris rang dans la thérapeutique usuelle, quoiqu'il ait été signalé depuis un temps déjà bien éloigné.

On dit, en effet, que Liston, ayant remarqué chez une jeune dame que la compression de la carotide était suivie de la disparition d'une névralgie faciale, fit la ligature de cette artère. Brown, Mac Clellan, Parker ont pratiqué cette opération contre l'épilepsie.

Al. Fleming, professeur de matière médicale à l'université de Cork (Irlande), pour étudier l'influence de la compression des deux artères carotides sur les fonctions cérébrales, pria un de ses amis de faire l'expérience sur lui-même. La compression fut pratiquée simultanément sur les deux carotides avec le pouce appliqué au-dessous de chacun des angles inférieurs de la mâchoire; elle détermina un léger bourdonnement des oreilles, des picotements à la surface du corps, et, au bout de quelques secondes, l'anesthésie, suivie d'un sommeil calme, profond, pendant lequel il éprouva des rêvasseries. La face devint légèrement pâle, le pouls ne fut pas modifié. Quand on cessa la compression, l'anesthésie disparut. La connaissance revint complètement au bout de quelques secondes (*Bristish and foreign medico-chirurgical Review. April* 1855, p. 52).

Fleming a proposé d'avoir recours à ce procédé dans certaines formes de céphalalgie, le tétanos et l'asthme. J'ai vu, en 1879, à l'hôpital du Dey, le docteur Genty, médecin-major, arrêter subitement, et à plusieurs reprises, l'explosion d'un accès d'asthme sur le général Hochstetter, en comprimant la carotide gauche. Caleb Parry, Strohelin, ont préconisé la compression de la carotide dans la catalepsie, les convulsions hystériques, l'épilepsie. Le docteur Hermann Reimer (*Deutsche Klinik*, 1876) a expérimenté ce procédé à l'hôpital des épileptiques : il a constaté son efficacité pour faire avorter l'accès. Ce moyen fut employé sur un jeune homme *vingt-deux* fois avec le même succès.

Févez a publié dans le *Bulletin de la Société médicale d'Amiens* (3e année 1866) quelques observations des bons effets qu'il a obtenus de la compression des artères carotides dans les convulsions. Lorsque l'attaque était bornée à un seul côté, Févez exerçait la profession sur l'artère carotide du côté opposé, à l'instant les convulsions cessaient, et le malade s'endormait. Dans les cas de convulsions généralisées, l'immobilité était obtenue successivement dans chacun des côtés par la compression alternative de l'artère carotide du côté opposé.

Ces observations de Févez trouvent une explication dans ce fait bien constaté, que la ligature d'une carotide est toujours suivie d'une hémiplégie dans les membres supérieurs et inférieurs du côté opposé du corps.

La compression de la carotide ne guérit pas certainement les malades, mais j'estime que c'est beaucoup de faire avorter les accès, ou d'abréger la durée de cet état si pénible, et de permettre d'attendre les ressources d'une médication rationnelle. Les bons effets que j'ai obtenus constamment sur mon petit garçon, pendant la période spasmodique de la coqueluche, militent en faveur de ses avantages dans des cas analogues, tels que l'asthme de Kopp, pour faire avorter l'accès de suffocation du spasme de la glotte qui tue parfois l'enfant entre les mains du médecin. Ce moyen mérite donc d'être signalé à l'attention des praticiens à qui il pourra rendre d'utiles services, le cas échéant.

(*Journal de médecine pratique.*)

*
* *

Traitement de la pleurésie chez les enfants.

M. Jules Simon insiste sur les révulsifs, sur les vésicatoires, non pas peut-être pendant les trois premiers jours, où il préfère avoir recours à des applications répétées de ventouses sèches, mais dans les jours suivants.

Ce sont alors des vésicatoires volants qui sont appliqués coup sur coup, et que l'on panse une fois par jour avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre. Le petit malade est, bien en-

tendu, maintenu absolument au lit, où il prend des boissons diurétiques tièdes, telles qu'une tisane de chiendent ou de queues de cerises et du lait.

Pendant quatre ou cinq jours, on prescrit à l'enfant une potion gommeuse renfermant dix gouttes de teinture de scille et dix gouttes de teinture de digitale. Trois fois par semaine, on ordonne un léger purgatif avec le calomel, sous forme de pastilles de 5 centigr. chaque, par exemple, dont l'enfant prendra trois ou quatre par jour.

Cette prescription a pour effet d'amener une petite garde-robe et de produire une légère fluxion de l'intestin.

Grâce à ce traitement, la pleurésie aiguë chez l'enfant se dissipe généralement dans l'espace de quatre ou cinq semaines, tandis que chez l'adulte elle dure ordinairement deux mois.

La thoracentèse est une opération que l'on pratique rarement chez l'enfant, ses indications étant : l'existence d'un épanchement considérable et des phénomènes de suffocation et d'orthopnée extrême. Les seuls cas où l'on soit quelquefois forcé de ponctionner la cavité pleurale, chez l'enfant, sont les cas de pleurésie purulente. C'est alors que l'on voit l'épanchement persister depuis cinq ou six semaines au même niveau, s'accompagner d'un petit mouvement fébrile ; c'est alors que l'on constate un amaigrissement continu de l'enfant, que l'on voit le nez se pincer, enfin tout le petit être revêtir un masque particulier.

C'est en pareil cas que l'on a recours à la thoracentèse, et quelquefois même que l'on est forcé de pratiquer l'opération de l'empyème, après avoir fait une ponction exploratrice destinée a confirmer le diagnostic d'un épanchement purulent dans la plèvre. (*Le Praticien*).

*
* *

La pilocarpine dans la pleurésie.

Voici un fait qui montre combien la pilocarpine peut être efficace dans certains cas de pleurésie.

Un homme de trente ans, de constitution vigoureuse, entra dans le service de M. Peter, à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 18. Il était malade, disait-il, depuis une quinzaine de jours et on constata, dans la poitrine, l'existence d'un épanchement qui remplissait la plèvre droite. Une ponction fut pratiquée le lendemain et on donna issue à 1200 grammes de liquide séro-fibrineux. On ne vida pas complètement la plèvre. Le liquide qui y restait, peut-être un litre ou à peu près, ne varia pas en quantité ; malgré l'application successive de trois vésicatoires, la percussion et l'auscultation indiquaient toujours le même niveau.

Mercredi dernier, à dix heures moins le quart, on administra au malade, en injection hypodermique, une solution de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine. Quelques instants après commencèrent une sueur très abondante, profuse qui se prolongea une heure et quart, et une salivation telle que deux crachoirs furent complètement remplis dans ce même espace de temps, pendant lequel le malade fut privé de boisson.

A la visite du soir, on constata que l'épanchement pleurétique avait disparu. Il n'y avait plus de matité, la respiration s'entendait avec son timbre tout à fait normal jusqu'à la base.

Ce que n'avaient pu faire antérieurement trois vésicatoires, la pilocarpine l'avait effectué en une heure et quart. Mais c'était dans les circonstances les plus favorables, puisqu'il s'agissait d'un reliquat de pleurésie sans mouvement inflammatoire actuel, d'un épanchement devenu passif, sans tendance à l'augmentation pas plus qu'à une diminution spontanée. L'économie a pu trouver, dans ce liquide, pour ainsi dire inerte, une partie des éléments de la salivation et de la sueur profuse. (*Gazette des hôpitaux*).

*
* *

Traitement des hémorrhoïdes.

D'après M. G. Sée tout ce qui favorise la constipation prédispose aux hémorrhoïdes, et comme tels il faut citer les légumes secs, les viandes de porc, de mouton, les aliments gras. Le *lait*, le café au lait, le *vin blanc*, les liqueurs alcooliques, les *mets glacés*, conviennent fort mal aux sujets déjà en possession d'hémorrhoïdes, et doivent être défendus aux gens menacés de cette infirmité désagréable. Les légumes dits rafraîchissants, l'oseille, les épinards, qui entretiennent la liberté du ventre parce que, n'étant pas digérés, ils sont expulsés en nature et s'opposent à l'agglutination des matières fécales, sont, au contraire, parfaitement indiqués. De même pour les fruits. Comme boissons, on conseillera le vin rouge coupé d'eau, les eaux de table légèrement acidulées, la bière légère.

Pour réduire les bourrelets hémorrhoïdaires internes, qui ne sont encore pour le malade qu'une cause de gêne à peine appréciable, nous avons à notre disposition un médicament qui, sous ce rapport, jouit d'une action presque spécifique. On l'administre sous forme de fleur de soufre lavé associé au miel, suivant la formule :

Soufre lavé..........	2 parties.
Miel....................	1 —

M. s. a. A prendre une demi-cuillerée à bouche tous les matins pendant quelques jours consécutifs. Renouveler la médication de temps en temps. — (*Revue de Thérapeutique*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Association et Syndicats. (*Suite*).

Nous avons montré combien étaient peu suivies les reunions des Sociétés locales affiliées à l'Association générale. Cette tendance fatale doit avoir une conséquence

immédiate: N'est-on pas en droit, en effet, devant des délibérations prises par un aussi petit nombre d'intéressés, de se demander si ces délibérations représentent bien les aspirations et les besoins du corps médical tout entier? Ces hésitations, bien permises assurément, ne sont-elles pas de nature à refroidir le zèle des plus ardents défenseurs des réformes à opérer ? Dans tous les cas, il leur manquera toujours une grande partie de cette force morale que donne la certitude de représenter le NOMBRE. Car, il ne faut pas s'y tromper, pour avoir cette certitude, il ne suffit pas de voir une grande quantité de noms inscrits à côté du sien, dans un annuaire ou ailleurs, il faut, avant tout, se réunir, se concerter, discuter souvent les questions qui intéressent la corporation en général ou une région en particulier.

Et ces réunions fréquentes si nécessaires, si indispensables ne sauraient avoir lieu dans les Sociétés locales. Les règlements ne permettent, en effet, que les Sociétés renfermant au minimum vingt-cinq membres ou, tout au moins, la moitié des médecins qui habitent le même rrondissement ou un même département. (Statuts de l'Association générale, titre II, s. 25.) Dans ces conditions, si les réunions sont fréquentes, il y aura toujours un nombre d'absences relativement considérable, car il faut bien compter avec les difficultés des déplacements, et les dépenses qu'ils occasionnent. Si, au contraire, il n'y a qu'une réunion annuelle ou deux, je dis qu'on n'atteindra jamais le but qu'on s'est proposé puisqu'on retombera dans les errements suivis depuis la création des Sociétés locales dont l'inefficacité n'est plus a prouver bien entendu en se plaçant au point de vue restreint de la protection de leurs membres.

Dans ces réunions annuelles, en effet, la plus grande partie du temps dont on peut disposer sera consacrée au discours de bien venue du Président, au compte-rendu du Secrétaire, à l'analyse de la situation financière de l'œuvre par le Trésorier, à l'étude de quelque question intéressante et délicate, par le Conseil judiciaire. Que restera-t-il pour l'examen des remèdes à porter anx difficultés et aux misères de la pratique journalière ? Des plaintes ne se sont-elles pas fait entendre dans diverses Sociétés par des membres qui voyaient, avec regret, les questions professionnelles rejetées à la fin des séances ?

Si les choses restent toujours au même point, c'est qu'il est à peu près impossible d'aller plus loin. Pourquoi, en effet, les Sociétés locales ne font-elles pas une guerre incessante aux charlatans, rebouteurs et autres qui pratiquent, avec tant de succès pour leur bourse, l'exercice illégal de la médecine? Certes ce ne sont pas les occasions qui manquent: au contraire, elles foisonnent et les bureaux des sociétés n'ont que l'embarras du choix. Je ne veux pas croire qu'ils se désintéressent de ces questions qui sont absolument vitales pour un grand nombre de confrères; nos dignitaires des Sociétés locales le savent bien, nous les tenons en trop haute estime pour pouvoir supposer un seul instant que les misères des autres ne les touchent pas, parce qu'ils sont arrivés à une situation où ne sauraient les atteindre les difficultés de la vie avec lesquelles se trouvent malheureusement chaque jour aux prises un grand nombre de confréres moins fortunés.

Non, ce n'est pas une misérable question d'égoïsme qui les retient: c'est qu'ils sentent que le terrain est dangereux et pourrait se dérober sous leurs pieds. Quelques uns, en effet, se demandent s'il y a réellement avantage et utilité à poursuivre les charlatans, et il y a bien de quoi se poser cette question. C'est que cette race remonte bien haut dans l'antiquité et qu'elle est douée d'une vitalité extrême. Le jour, en effet, où se sont rencontrés un sot disposé à se laisser tromper, et un coquin prêt à le duper, la souche des charlatans a existé sur terre, (c'est Voltaire qui l'a dit je crois).— Eh bien ? ces deux sortes de gens fourmillent encore, et aujourd'hui, plus que jamais peut-être, on peut dire de cette foule immense: « *Vulgus vult decipi....* » Entreprendre d'anéantir les charlatans ou plutôt le charlatanisme, c'est entreprendre de donner de l'esprit à ceux qui n'en ont pas, c'est entreprendre de moraliser ceux qui vivent en exploitant la bêtise humaine. C'est assurément un problème difficile à résoudre.

Mais ce n'est pas tout. Les Sociétés locales ou l'Association générale seraient-elles bien recevables à exercer des poursuites au nom des membres du corps médical qui les composent, dans le cas où ces poursuites seraient décidées. Ici l'accord n'existe pas. Tandis que quelques uns admettent le bien-fondé et la validité de ces poursuites, d'autres, au contraire, et d'excellents esprits jugent que l'Association, œuvre de secours mutuels, n'est nullement recevable. Je sais bien que nos conseils judiciaires useront à l'occasion, de toutes les ressources de leur esprit et de leur talent pour trouver un joint. Peut-être y réussiront-ils parfois? — C'est possible, mais assurément ce ne pourra être que dans des circonstances toutes spéciales, toutes particulières, et non dans la généralité des cas.

Peut-être le fait suivant sera-t-il de nature à faire réfléchir un peu ceux qui croient qu'une Société locale peut agir en toute assurance devant les tribunaux, contre ceux qui pratiquent la médecine contrairement aux lois existantes.

Quand l'Association locale de Senlis (Oise) a voulu se transformer en Association départementale, elle a dû soumettre ses statuts à l'approbation préfectorale. Or, un des articles de ces statuts, l'articte premier, renfermait un paragraphe ainsi conçu: « Il est établi entre les « médecins du département de l'Oise qui adhèrent aux « aux présents statuts une Association agrégée à l'Asso- « ciation générale des médecins de France, et ayant pour « but:

« 1°....

« 2° de donner aide et protection à ses membres en se « substituant, dans la personne de son Président et de son « conseil d'administration, aux confrères associés, pour « poursuivre devant qui de droit les empiriques, les « charlatans, les rebouteurs ou les autres individus qui « violeraient la loi sur l'exercice de la médecine. » Qu'est-il arrivé? Ce texte visait des considérations d'intérêts professionnels, mais il a été trouvé trop precis. Il a dû disparaître sur les injonctions de l'administration préfectorale, et l'association des médecins de l'Oise a été contrainte de se renfermer dans son rôle de Société de secours mutuels. *(A suivre).*

Dr Ad. Barat-Dulaurier.
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2 Septembre 1882 — 4me Année. — No 35

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS. — L'Assemblée générale des membres de la Société civile du *Concours médical* est fixée au dimanche 17 septembre, à quatre heures du soir très précises, *dans les salons du Grand Véfour*, au Palais-Royal.

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères qui se proposent d'assister à la réunion et au repas *de nous en donner avis dans le plus bref délai possible*, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

CONSEIL DES COMITÉS

Les membres des comités d'Administration, de Rédaction et d'Etudes des annonces se réuniront en *Conseil des Comités* le samedi, 16 septembre, veille de l'Assemblée générale, aux bureaux du *Concours médical*, à deux heures de l'après-midi.

En effet le règlement concernant les comités porte :

ART. 13. — Les comités se réunissent au moins une fois chaque année en Conseil des comités pour entendre la lecture des rapports présentés à l'Assemblée générale par le Directeur et par chacun des comités en particulier.

Le conseil des comités approuve la situation et les inventaires annuels avant leur présentation à l'Assemblée générale. Il arrête le projet du budget qui sera soumis à cette Assemblée, ainsi que les propositions qui lui seront faites pour l'emploi des bénéfices annuels.

ART. 15. — La présence de cinq membres au moins, y compris le Directeur, est nécessaire pour assurer la validité des décisions du Conseil des Comités. Les décisions sont prises à la majorité des voix, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

ORDRE DU JOUR

DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

1° Présentation à l'Assemblée générale des rapports concernant l'exercice annuel 1881-1882 :

Rapport du Directeur ;
Rapport du Comité d'études des annonces;
Rapport du Comité de Rédaction ;
Rapport du Comité d'administration.

2° Discussion des conclusions de ces divers rapports.

3° Vote de l'emploi de la somme disponible conformément à l'article 3 des statuts.

4° Nomination des membres des Comités.

5° Discussion des intérêts professionnels et des propositions des membres du *Concours.*

Nous rappelons, par mesure d'ordre, les divers articles du règlement concernant la tenue des Assemblées générales :

Art. 1er — La convocation pour les Assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, quinze jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le Bureau est constitué par le Directeur Président de droit, deux médecins choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le Bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion, et pour rendre les débats aussi fructueux que possible, tout membre qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur, huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée et publié dans le numéro du Journal qui suivra la réunion.

Nota : Les cartes qui constituent le titre de membre de la société Civile du *Concours médical* ont été adressées à tous les adhérents jusques et y compris le N° 2300.

Ceux d'entre eux qui n'auraient pas reçu cette carte sont priés de la réclamer immédiatement au bureau du *Concours.*

Nous invitons de nouveau les *membres du Concours*, qui ne pourraient assister à la réunion, et qui auraient des propositions d'intérêt général à présenter, à les formuler de suite par écrit et à nous les transmettre, afin qu'elles puissent figurer à l'ordre du jour être examinées et discutées en séance.

Nous réclamons, notamment, leurs propositions pour l'affectation des sommes disponibles.

La Direction.

BULLETIN

Le travail que M. Hallopeau avait présenté l'année dernière à l'Académie sur le traitement de la fièvre typhoïde, à l'aide du sulfate de quinine, du calomel et du salicylate de soude, a fait naître dans l'esprit de M. Vulpian l'idée qu'il y aurait utilité à introduire, dans le tube digestif des malades atteints de fièvre typhoïde, des substances capables de détruire le ferment morbide auquel on attribue l'origine de cette affection. M. *Vulpian* a donc essayé diverses substances pour voir s'il n'en trouverait pas une parmi elles, qui pût modérer l'intensité ou diminuer la durée du mal, et il vient aujourd'hui faire connaître le résultat de ses recherches.

L'iodoforme n'a donné aucun effet appréciable. L'emploi du salicylate de bismuth à la dose de douze grammes a produit, chez les malades, une amélioration incontestable, mais cette amélioration était malheureusement compensée par des inconvénients sérieux (dyspnée, hémorrhagie). Les effets du phénate de soude, à la dose de deux grammes et plus par jour, n'ont pas été très saillants. L'acide borique qui a été prescrit à la dose de douze grammes par jour et n'a pas semblé modifier sensiblement l'état des malades.

L'acide salicylique a été administré soit sous forme de mélange avec le phosphate de chaux ou le sucre de lait, soit pur. Sous cette dernière forme qui est la plus active, il n'a pas produit d'accidents à la dose de 6 et 7 grammes : deux fois seulement il y a eu une prostration légère. Cependant, chez les très jeunes gens, il s'est produit quelques phénomènes de salicylisme (agitation, subdelirium), phénomènes qui se dissipaient très rapidement, dès qu'on interrompait le traitement. Chez la plupart des malades ainsi traités, il y a eu un abaissement considérable de température, deux ou trois degrés en 48 ou 72 heures. En même temps on constatait une amélioration des plus manifestes de l'état général. L'abattement était moins accusé, le sentiment de malaise beaucoup moins considérable ; le malade répondait mieux aux questions, il dormait mieux; parfois l'appétit se réveillait, etc. . . Continué pendant la convalescence, l'emploi de l'acide salicylique a fait descendre la température axillaire à près de 35 degrés : dans ces expériences le médicament était administré

sous forme pulvérulente, dans du pain azyme, par paquets de 25 ou 30 centigrammes, de demi-heure en demi-heure. Après chaque prise, le malade buvait quelques gorgées de bouillon ou d'eau rougie. L'albuminurie, observée chez quelques malades, n'a pas paru provoquée par le médicament, mais par l'affection elle-même avec laquelle elle disparaissait, bien que l'on continuât pendant la convalescence l'usage de l'acide salicylique. M. Vulpian a préféré ce dernier corps au salicylate de soude, parce que l'absorption en est plus lente et par conséquent présente moins de danger.

M. Vulpian reconnait d'ailleurs que le traitement qu'il vient d'essayer n'a pas paru abréger la durée de la maladie ni même diminuer le chiffre de la mortalité : mais le nombre de cas observés est insuffisant pour pouvoir se prononcer à cet égard. Ce qui est certain, c'est qu'aucune autre médication n'a produit aussi constamment un abaissement considérable de température et un amendement notable de l'état général. Pour bien s'assurer de la réalité de ces effets, M. Vulpian prenait parmi les malades, traités par les moyens la ordinaires, un sujet parvenu au quinzième jour de la maladie, présentant de l'abattement, un malaise profond, de l'insomnie avec une température de 40°; il lui donnait le soir l'acide salicylique : la température, dès le lendemain, était descendue à 37°8; le surlendemain à 36°4 et l'état général s'amendait dans les mêmes proportions.

Il semble donc résulter de ces expériences, que, prescrit à doses suffisantes, l'acide salicylique peut être considéré, sinon comme un agent véritablement curatif, du moins comme un médicament exerçant une action modératrice assez puissante sur la fièvre typhoïde, et, à ce titre, parait devoir prendre une place importante dans le traitement habituel de cette maladie. Faut-il espérer que ce même agent pourrait être utilement employé comme prophylactique, dans certaines conditions d'épidémicité de la fièvre typhoïde ? C'est une question que M. Vulpian pose sans la résoudre : il faudrait, en effet, pour se prononcer, être d'abord absolument certain que le contage de la fièvre typhoïde s'introduit toujours dans l'économie par les voies digestives. — Ce serait alors le triomphe des fabricants de denrées salicylées : vin salicylé, viandes salicylées, conserves salicylées, etc., etc. . . . , qui, tous, depuis longtemps déjà et bien avant M. Vulpian, cherchent, en nous *salicylant* à tort et à travers, à nous prémunir, malgré nous, contre la fièvre typhoïde : pourvu que nos reins suffisent à filtrer tout cet acide salicylique!

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RHUMATISME CÉRÉBRAL ET SON TRAITEMENT.

I

On voit parfois, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, éclater des accidents cérébraux dont l'invasion est si brusque et la terminaison fatale si rapide, que la thérapeutique peut à peine intervenir.

Dans d'autres cas, les manifestations cérébrales, pour n'être pas mortelles, n'en sont pas moins redoutables; car, si elles affectent alors une marche trainante, c'est la forme vésanique qu'elles revêtent le plus souvent, et on conçoit sans peine l'effroi des familles et l'inquiétude des médecins en face de ces troubles de l'intelligence dont la prolongation ne serait guère pour le malade plus enviable que la mort même.

L'ensemble des accidents cérébraux intercurrents dans le rhumatisme, est communément désigné en France sous le nom de rhumatisme cérébral ; et, sans vouloir faire ici le moindre historique, il est convenable de rappeler que, si ces désordres graves avaient été signalés par les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci, c'est assurément par Hervez de Chégoin (1845) que la question fut posée pour la première fois avec netteté.

Trousseau n'a pas eu tort, sans doute, de dire que les accidents cérébraux ne font pas partie du plan morbide du rhumatisme articulaire aigu, et d'affirmer, dans le style imagé qui lui était propre, que celui-ci n'éveille pas volontiers les sympathies cérébrales. Toutefois il n'est pas inutile de faire remarquer que cette observation, juste d'une façon générale, et à la condition d'examiner une statistique considérable de cas de rhumatisme pris dans toutes les classes de la société, l'est beaucoup moins si on envisage cette affection chez certaines catégories de malades communs dans les villes, et même à un point de vue dans les campagnes. Ce n'est donc pas un épisode négligeable de la pratique que le diagnostic et le traitement du rhumatisme cérébral.

II

Je m'explique. — On raconte qu'un professeur de la Faculté avait coutume de demander aux

élèves qu'il examinait, dans quel hôpital de Paris on observe surtout le rhumatisme cérébral; posant cette question, il avait en vue la maison municipale de santé (hospice Dubois), où se font soigner, en cas de maladie, beaucoup d'hommes de lettres, d'artistes, de professeurs, tous gens de travail cérébral et non manuel.

Il est, en effet, certain que beaucoup de cas de rhumatisme cérébral concernent des malades ayant contracté leur rhumatisme articulaire dans un état d'épuisement nerveux, ou dans la période d'excitation exagérée qui précède l'épuisement. « Les travaux intellectuels prolongés, qui exigent une grande tension d'esprit (préparation de concours, travaux de mathématiques, opérations de finances), les grandes émotions persistantes (chagrins profonds, préoccupations politiques, revers de fortune), lorsque, surtout, à ces causes viennent se joindre la privation de sommeil et l'usage des boissons stimulantes souvent prises à l'exclusion d'une alimentation régulière (Homolle); » sont autant de causes de surmenage du cerveau, qui placent, pour ainsi dire, les rhumatisants en état d'opportunité cérébrale. C'est toujours l'antique adage du *locus minoris resistentiæ*, et il n'y a pas lieu de s'étonner que, dans le cours d'une affection à déterminations fluxionnaires aussi intenses, subites et mobiles, que le rhumatisme, la fluxion s'opère avec prédilection vers un organe déjà hyperémié par un fonctionnement excessif. Voilà donc toute une catégorie de citadins, et non des moins intéressants, prédisposés à l'encéphalopathie rhumatismale.

Mais il est une autre classe de malades, qui, pour n'avoir pas particulièrement fatigué leur cerveau par des travaux intellectuels compliqués, n'en ont pas moins, par leur genre de vie, porté une grave atteinte à l'intégrité de leur substance grise; je parle de la famille des alcooliques, qui se nomme légion, qui n'a guère moins de représentants dans les campagnes que dans les villes, famille aussi intéressante au point de vue pathologique que peu édifiante au point de vue moral. Grands buveurs de vin, d'alcool, ou d'absinthe, s'ils sont en même temps rhumatisants, deviennent candidats au rhumatisme cérébral.

Candidats aussi sont les gens que M. Lasègue a si bien dénommés des cérébraux, qui ont, comme on dit encore, le tempérament cérébral, un *tempérament de fous* (Mandsley), c'est-à-dire chez lesquels la débilité permanente du cerveau est la conséquence d'une tare héréditaire, enfants d'aliénés, d'hystériques, d'épileptiques, d'alcooliques.

S'il arrive enfin, le cas n'est pas extrêmement rare, qu'un de ces cérébraux embrasse une careière à surmenage intellectuel, et qu'il s'alcoolise en outre plus ou moins, déjà candidat par l'hérédité, il continue à être, par sa profession et par son hygiène, un candidat tout spécialement recommandé au rhumatisme cérébral; cela devient, qu'on me passe le mot, de la candidature officielle, rt si un pareil échantillon des fatalités étiologiques vient à contracter un rhumatisme articulaire aigu, son médecin fera bien de le soigner avec une sollicitude toute particulière, et de guetter l'explosion des manifestations cérébrales.

Il faut encore noter une nuance utile au point de vue du pronostic: Les malades surmenés cérébralement par leur profession et les alcooliques présenteront plutôt cette forme de manifestation cérébrale aiguë, violente, épisode terrible, souvent aussi court que subit, qu'on a dénommé le *rhumatisme ataxique*. Les cérébraux héréditaires paraissent voués de préférence aux troubles intellectuels prolongés, au délire maniaque ou à la mélancolie.

Connaissant désormais le terrain sur lequel prend naissance l'ennemi que nous voulons combattre, étudions sa manière d'opérer. Voyons s'il n'est pas quelques indices pouvant faire pressentir ses attaques et permettant parfois de les parer.

III

L'invasion des accidents cérébraux se fait, dans quelques cas, avec une soudaineté et une violence foudroyantes. Rappelez-vous ce malade de Trousseau, qui, au dix-septième jour d'un rhumatisme aigu, « se plaint tout à coup de ne plus voir clair, vocifère, crie au voleur, s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt. Toute cette scène avait duré un quart d'heure à peine. »

Il n'en est heureusement pas toujours ainsi, il est même souvent possible de recueillir quelques jours ou quelques heures à l'avance des indices et des prodromes. Un rhumatisme d'une intensité excessive, dans lequel existe un pouls très accéléré et une température très élevée sans rémission matinale, avec des sueurs profuses et une miliaire abondante, est considéré, en général, malgré Trousseau qui n'attachait pas d'importance aux sueurs, comme un cas à encéphalopathie, surtout les complications viscérales, cardiaques et autres se succèdent d'une manière désordonnée. En outre, si, dans ces conditions, les douleurs et la fluxion articulaires paraissant diminuer d'intensité, si la température reste élevée ou même continue à monter, il devient urgent de porter toute son attention vers les phénomènes cérébraux et psychiques.

On pourra saisir dès lors un *délire nocturne transitoire* peu accentué, et cessant au réveil; ou bien le malade accusera une *céphalalgie persistante*, inusitée dans le rhumatisme normal, et *l'insomnie* sera absolue. Ne dormant pas, le malade se sentira inquiet, et préoccupé beaucoup plus de la gravité de son état qu'il ne l'était jusqu'alors, il concevra de *sinistres pressentiments* et en fera part à son entourage. D'autres fois, des *troubles subits de la vision*, bluettes, mouches volantes, ou même hallucinations, apparaîtront, soit le jour, soit la nuit.

Enfin un symptôme auquel tous les praticiens attachent une importance très grande, quand il existe, mais qui n'est pas constant, c'est *l'analgésie articulaire*, si remarquable parfois par la rapidité avec laquelle elle apparaît et le degré qu'elle acquiert. Ainsi voilà un malheureux patient dont plusieurs jointures étaient peu aupa-

ravant le siége de douleurs excruciantes; non seulement il ne pouvait exécuter le moindre mouvement volontaire, mais il jetait les hauts cris, dès qu'on essayait de toucher, même le plus légèrement du monde, l'articulation pour l'envelopper de ouate ou l'oindre d'un baume calmant, dès qu'on communiquait à son lit, même la moindre secousse; les signes physiques d'inflammation n'ont pas visiblement diminué, les téguments périarticulaires sont toujours tuméfiés, érythémateux et brûlants, et pourtant le malade n'accuse plus aucune douleur; on peut, sans le faire crier, déplacer le membre souffrant;. bien plus le patient s'agite dans son lit, le voilà qui se lève et cherche à en sortir.

La variété très grande des formes cliniques, que revêt le rhumatisme cérébral une fois constitué, nepermet guère d'en tracer une description symptomatique générale, et les observateurs ont successivement proposé les classifications les plus diverses. Nous en dirons quelques mots, mais il faut d'abord énumérer les traits principaux et accessoires dont le groupement variable constitue justement les formes et les variétés.

Il se peut qu'il existe de la *céphalalgie* ou de la céphalée, des *vomissements* et de la *constipation*, de *l'hypéresthésie cutanée* comme dans la méningite; mais ce sont les troubles nerveux et circulatoires qui forment le fond stable et constant du tableau clinique.

Le DÉLIRE, le COMA, d'emblée ou succédant aux CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES ou alternant avec elles, d'une part; — la *fréquence extrême du pouls,* et l'HYPERTHERMIE (40°, 41°, 41° 5), d'autre part: voilà les grands caractères de l'encéphalopathie rhumatismale.

Quant aux variétés qui résultent de leur arrangement réciproque, de leurs nuances et de leur durée, elles sont si nombreuses que Ball a pu écrire: « La seule classification irréprochable serait celle qui admettrait une forme spéciale pour chaque malade. » La difficulté se complique encore de l'embarras causé par l'extrême variabilité des lésions trouvées dans les autopsies, lésions tantôt simplement congestives, tantôt véritablement phlegmasiques, mais jamais constantes ni univoques, sur lesquelles d'ailleurs, nous resterons muets vu leur peu d'intérêt pratique. Ainsi Trousseau admettait six formes dont l'énumération est à elle seule descriptive : apoplectique, délirante, méningitique, hydrocéphalique, convulsive, choréique. — Ball a cru pouvoir les réduire à trois types : l'apoplexie rhumatismale, la méningite rhumatismale, la folie rhumatismale. — Besnier nous paraît avoir plus simplement encore reconnu trois formes, d'après la marche et la durée: le rhumatisme cérébrale *suraigu* tuant en quelques heures (forme apoplectique foudroyante des auteurs; — le rhumatisme cérébral *aigu*, le plus commun, pouvant durer de quarante-huit heures à douze jours, au milieu des péripéties les plus diverses et avec les alternatives les plus émouvantes d'ataxie et d'adynamie, l'hyperthermie étant toujours la note dominante et les troubles intellectuels suivant parallèlement celle-ci; — enfin le rhumatisme *subaigu ou chronique*, avec prédominance, suivant les cas, de manifestations mélancoliques ou maniaques.

IV.

Le DIAGNOSTIC des accidents cérébraux dans le rhumatisme n'offre guère en général de difficulté, et le seul point important consiste à les pressentir et à les prévoir plutôt qu'à les diagnostiquer. Aucun symptôme ne permet malheureusement de distinguer les cas de *méningite vraie* d'avec les troubles nerveux qui, dépendant de lésions moins profondes, congestives seulement et non inflammatoires, sont susceptibles par conséquent de résolution sous l'influence d'une thérapeutique hardie. Nous aurons d'ailleurs à revenir tout à l'heure sur ce point.

Le *délirium tremens*, survenant dans le cours du rhumatisme, pourrait peut-être se reconnaître à la prédominance du délire d'action, à la vivacité et à la persistance des hallucinations de la vue, au tremblement des membres et des lèvres, à la moindre élévation thermique; dans ce cas, la thérapeutique pourrait être un peu modifiée, consister en alcool à doses modérées et en opium à hautes doses. — Les phénomènes cérébraux des *maladies infectieuses*, des *septicémies* chirurgicale et puerpérale, de l'*endocardite ulcéreuse*, de la *périostite phlegmoneuse*, etc.; ont plutôt l'aspect typhoïde et s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui permettent facilement de les rapporter à leur véritable cause, lors même que ces affections s'accompagneraient d'arthropathies pseudo-rhumatismales.

Quant au PRONOSTIC, il est assurément des plus graves, particulièrement de vingt à quarante ans. Constamment mortel dans la forme suraiguë, il reste encore peu curable dans les formes aiguës, et la forme traînante subaiguë est celle qui doit laisser le plus d'espoir.

Il faut faire une exception pour le rhumatisme cérébral *chez l'enfant*; il est d'ailleurs rare chez lui, et s'y présente dans des conditions spéciales. Roger (1) dit qu'il lui a toujours paru lié intimement à la chorée et qu'il ne l'a jamais vu sans elle. On sait d'ailleurs que la tendance actuelle des médecins d'enfants est de considérer la chorée, dans la très grande majorité des cas, comme une manifestation spinale ou cérébro-spinale du rhumatisme (Cadet de Gassicourt). Roger n'a jamais rencontré chez l'enfant les formes méningitiques, apoplectiques décrites par les auteurs chez les adultes. Ce qui se voit le plus communément, dit-il, c'est un demi-coma avec mutisme plus souvent qu'avec paroles délirantes, coma qui vient graduellement, dont l'intensité est variable, et qui dure au minimun quelques jours, pour se terminer le plus souvent par la guérison, tandis que, aux autres âges, la mort en est la fin la plus ordinaire. Pourtant Cadet de Gassicourt a eu à déplorer la mort d'un enfant qui a succombé à un rhumatisme

(1) Archives générales de médecine (1867).

cérébral sans chorée, et dont les symptômes ont été identiques à ceux que l'on rencontre chez l'adulte.

V

Le TRAITEMENT du rhumatisme cérébral a été depuis quelques années l'objet de recherches pleines d'intérêt, auxquelles sont attachés les noms de Blachez, Féréol, Woillez et particulièrement du regretté M. Raynaud, qui, depuis 1874, époque de sa première communication à l'Académie, saisit à plusieurs reprises cette savante compagnie de la question des bains froids, et révéla, dans l'exposé de cette méthode, les plus remarquables qualités oratoires.

Avant de résumer les discussions passionnées qui signalèrent ce tournoi académique, il n'est pas inutile de rappeler que plusieurs médications usitées dans le rhumatisme articulaire aigu ont été successivement accusées d'avoir favorisé la production de l'encéphalopathie rhumatismale. Le sulfate de quinine notamment, dans l'emploi duquel de véritables excès avaient été commis, fut violemment attaqué par Valleix et Vigla, et depuis lors, le salicylate de soude a prêté le flanc à de semblables accusations. G. de Mussy a dit : « Dans une maladie à mode congestif aussi mobile, qui peut se localiser dans l'encéphale et y produire des désordres irréparables, j'ai peur des médicaments qui incitent le cerveau d'une manière anormale et qui occasionnent dans les fonctions de cet organe des perturbations graves. » Mais comment ne pas innocenter les médicaments, lorsqu'on lit que Aran a pu soumettre une série de deux cents cas de rhumatisme articulaire aigu, aux médicaments les plus variés (et l'on peut ajouter, quand on a vu à l'œuvre ce thérapeutiste fécond et hardi, les plus perturbatrices) sans voir se développer un seul cas de rhumatisme cérébral ? (J. Besnier).

Mais, s'il est juste de reconnaître qu'aucune médication ne peut être accusée d'avoir provoqué l'encéphalopathie rhumatismale, il est aussi honnête d'avouer que tous les moyens thérapeutiques indiqués par les auteurs contre cet accident redoutable sont habituellement impuissants à l'enrayer ; application de vésicatoires sur les membres, à la nuque, sur la tête, saignée, bromure de potassium, révulsifs intestinaux, n'ont pas donné de résultats appréciables ; l'opium et le chloral, si utiles contre le délire des alcooliques, n'ont pas ici le même pouvoir. Aussi comprend-on l'intérêt avec lequel fut accueillie, en 1874, la première communication de Raynaud sur la méthode réfrigérante (1).

La pensée d'appliquer la méthode de Brand au rhumatisme cérébral lui avait été suggérée par la lecture d'un fort intéressant mémoire de M. Huchard (2), relatif aux tentatives faites en Angleterre par Wilson Fox. Mis en présence d'un cas de rhumatisme cérébral avec température excessive (40°, 5), il fit mettre son malade dans un bain à 16°, et, au bout d'une demi-heure, la température était tombée à 37°, 8. Le coma avait cessé et le malade sembla reprendre connaissance. Le soir, la température remontant, un second bain la remit à 37°. Après huit bains donnés en quatre jours, le malade entrait en convalescence. — Bientôt Blachez, puis Féréol, apportaient à l'Académie d'autres guérisons aussi remarquables, et, dès lors, la discussion s'engagea.

Quelque opposition se manifesta ; certains médecins firent valoir que la guérison avait pu, dans les cas cités, s'opérer d'elle-même, d'autres maintinrent la prééminence du chloral à hautes doses (Bouchut). Mais la majorité se montra favorable à l'emploi de la méthode des bains froids dans des cas déterminés. La véritable indication, dit Woillez, qui s'en déclara partisan, existe d'une manière indubitable, lorsque le délire coïncide avec une hyperthermie de 40° et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations. Woillez a employé le bain à 20° toutes les trois heures jusqu'à la disparition du délire. Il faisait cesser l'immersion, dès que le malade éprouvait des frissons ; la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée, puis elle se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et le succès de la médication était révélé, non seulement par la cessation de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestations articulaires (1).

En Angleterre, les médecins préfèrent commencer par des bains tièdes dont ils abaissent progressivement la température jusqu'à 20° et même 18° ; mais, lorsque le danger est imminent, Raynaud pense qu'il vaut mieux, pour agir vite, donner le bain à 16°. On peut dire avec vérité que des malades ont été littéralement rappelés, par ce moyen, du bord de la tombe. Si le malade était arrivé à la période de coma, réduit à une masse inerte, semblable à un cadavre qu'on aurait plongé dans l'eau, la pemière manifestation que l'on observe dans le bain froid, c'est le retour des convulsions qui peuvent durer un certain temps, après lequel il ne reste plus que le délire. Le malade remonte peu à peu, pour ainsi dire, l'échelle des symptômes qu'il avait rapidement descendue. Mais il faut savoir lutter contre l'impatience des familles, qui trouvent toujours que l'amélioration ne marche pas assez vite à leur gré, impatience qui gagne aussi le médecin, et lui fait abandonner trop tôt le moyen de salut. Lorsqu'il ne reste plus que du délire, il faut savoir attendre et continuer l'emploi du bain froid, jusqu'à ce que celui-ci ait disparu à son tour. Si à ce moment, bien que la température ne soit pas descendue absolument à 37°, on voit s'établir d'une manière continue un sommeil calme et réparateur, Raynaud estime qu'on est dès lors autorisé à cesser l'emploi de la méthode réfrigérante.

Paul GERNE.

(1) Journal de Thérapeutique, 1874, p. 846.
(2) Union Médicale, avril 1874.

(1) Académie de Médecine. 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Eternellement rebattue, cette question des rapports de la médecine et de la pharmacie est toujours une actualité : chacun l'envisage selon la tournure de son esprit ou selon ses intérêts, affirme, contredit, dispute..... et le problème reste entier comme précédemment.

On connaît notre manière de voir. Nous avons déclaré que nous trouvions absurde la séparation des deux professions auxquelles, en raison de leur intime connexité, les mêmes études et les mêmes examens devraient conduire, que le même diplôme devrait autoriser ; et, quoique un pharmacien ait bien voulu dire que nous ignorions profondément la question, nous demeurons convaincu, comme par le passé, que l'unification du diplôme avec la liberté pour tous les diplômés reste l'unique moyen de mettre tout le monde d'accord.

On aura beau, en faisant de grands gestes et en prenant l'accent le plus convaincu, proclamer que celui qui prescrit le remède ne doit pas le fournir, nous continuerons à répondre qu'il est parfaitement inepte *que celui qui délivre un médicament n'en connaisse ni les propriétés ni les indications, et que celui qui, connaissant ces propriétés et ces indications, est seul moralement responsable, soit précisément celui auquel on défende de le délivrer.*

Mais la logique, en sa qualité de science exacte sans doute, n'est pas de ce monde, et bien du papier sera noirci avant qu'on ait démontré que la seule solution possible est celle qui seule, *à priori*, ne soit pas inacceptable.

Arrêtons-nous donc à battre les buissons et à discuter les phrases creuses.

1° *La responsabilité du pharmacien et la garantie du diplôme.* — Les pharmaciens se remuent depuis un certain temps, ils se réunissent, discutent leurs intérêts et présentent des projets de loi. — Ce n'est certes pas nous qui les blâmons puisque nous faisons exactement la même chose. — Or, dans ces projets, à côté de quelques dissentiments inévitables, nous trouvons une entente absolue sur ce point : nul ne peut ouvrir une officine et délivrer de médicaments s'il n'est pourvu du diplôme de pharmacien. Le pharmacien a le droit, sur la demande de son client, de lui délivrer tous médicaments.

La plupart des projets disent : *sous sa responsabilité*, quelques-uns même ajoutent : *et sous la garantie de son diplôme.*

Examinons donc ce que valent ces garanties offertes à la société.

On a prétendu et on peut prétendre — nous ne sommes pas de ceux-là — que la société n'a rien à voir dans la chose, que tout individu a le droit primordial de se soigner à sa guise, de s'adresser à qui bon lui semble et de se tuer au besoin.

C'est là une conception philosophique d'un domaine supérieur, et tellement abstraite, que nous sommes obligé, pour la combattre, de nous élever, nous aussi, à une hauteur transcendante. — Il n'y a pas de droits primordiaux, et tout, dans les sociétés humaines, est affaire de convention. L'individu qui s'associe doit tout d'abord accepter la fiction qui assure à la collectivité des associés des droits spéciaux, droits qui pourront, à un moment donné, se tourner contre lui et entraver sa propre liberté. Sans doute, grâce à l'instruction, à la moralisation croissante de la masse, il pourra voir ces droits peser moins lourdement sur lui et le tenir dans une tutelle moins étroite ; jamais pourtant il ne pourra s'en affranchir entièrement, et force lui sera toujours d'obéir à des règles conventionnelles adoptées dans l'intérêt du plus grand nombre.

Mais que nos confrères se rassurent, nous nous empressons d'abandonner ces hauteurs et nous disons plus simplement : à tel mode de faire, la société trouve avantage ou inconvénient ; si elle y trouve avantage, nous nous inclinons, si, au contraire, elle y voit des inconvénients, il n'y a pas de droit primordial qui tienne, nos contradicteurs doivent se soumettre à la règle imposée.

Or, l'expérience a été faite, et, après une période de liberté absolue, il a fallu en revenir à une réglementation qui, on l'avouera, n'est d'ailleurs pas contestée sérieusement. Tous admettent que pour préparer ou délivrer des substances, qui peuvent n'être pas inoffensives, il faut offrir à la société une certaine somme de garanties, et, moins que personne, les pharmaciens repoussent cette thèse, puisqu'ils demandent que nul ne puisse ouvrir une officine et exercer la profession de pharmacien, s'il n'est pouvu d'un diplôme spécial.

Donc, sur cette première question point de dissentiment. On doit prouver qu'on possède les connaissances nécessaires à la profession qu'on va embrasser, puisque l'absence du minimum légal de ces connaissances peut entraîner pour la société des inconvénients qu'elle juge incompatibles avec sa sécurité.

Un tel raisonnement, admis sans conteste pour la pharmacie, ne peut évidemment pas perdre sa justesse s'il s'agit de la médecine. Il faudra donc dire aussi que nul ne peut exercer la profession médicale s'il n'est pourvu d'un diplôme spécial, puisque les raisons invoquées par la société sont précisément les mêmes que dans le cas précédent.

Or, quel est le diplôme qui confère le droit de prescrire l'usage, d'autoriser la délivrance des médicaments? — Le diplôme de médecin, puisqu'il témoigne que celui qui en est muni possède les connaissances voulues sur l'action de ces médicaments, et leur application à tel ou tel cas pa-

thologique. La garantie du diplôme médical est donc réelle dans ce cas.

Il n'en saurait être de même de la garan ie du diplôme pharmaceutique. En effet, ce dernier atteste que celui, à qui il a été conféré, possède les connaissances nécessaires pour préparer convenablement les substances médicamenteuses et les délivrer sans erreur de qualité ou de quantité, mais n'atteste absolument rien quant aux connaissances de l'action et de l'indication de ces mêmes médicaments.

Les pharmaciens commettent donc dans leur seconde revendication une double erreur : 1° ils attribuent au diplôme pharmaceutique une valeur qu'il n'a jamais eue et ne saurait avoir; 2° ils pensent pouvoir revendiquer une responsabilité personnelle qu'ils déclarent ne pouvoir être réclamée par d'autres dans un cas semblable. — S'ils peuvent, en effet, accomplir des actes qui sont du domaine médical sans être pourvus du diplôme médical, pourquoi refusent-ils le droit d'exercer la pharmacie aux personnes non pourvues du diplôme de pharmacien?

Est-ce bien erreur que nous devrions dire? Les pharmaciens savent aussi bien que nous à quoi s'en tenir sur ce sujet, mais leur intérêt se trouve en jeu, et peut-être méconnaissent-ils trop volontiers les règles d'une logique qui doit leur faire refuser une prétention injustifiable. Qu'ils réclament des connaissances médicales qu'ils ne possèdent pas et qui, selon nous, leur seraient indispensables, — nous nous joindrons à eux ; mais que, ne sachant rien en médecine, ils prétendent avoir le droit de faire de la médecine — c'est ce que nous ne pouvons admettre.

Qu'ils cessent donc d'invoquer leur responsabilité, la garantie de leur diplôme, arguments qu'ils savent n'avoir aucune valeur! Qu'ils abordent la question par son côté pratique et qu'avant tout ils renoncent à vouloir envisager, seuls et à leur seul point de vue personnel, un problème qui touche de non moins près le corps médical! — Alors, mais seulement alors, tous, médecins et pharmaciens, nous pourrons nous entendre; et, qu'ils le croient, ce ne sera pas trop d'une entente commune pour arrêter sur nous, quelques instants, l'attention du législateur et faire aboutir une réforme qui, chaque jour, devient plus urgente.

Parlant seuls et pour les seuls Pharmaciens, les organes de la presse pharmaceutique peuvent refuser d'entendre les objections et se payer de mots ; discutant sérieusement avec des médecins, en vue d'une entente commune, les pharmaciens justifieraient difficilement cette thèse à laquelle nous revenons toujours : *que celui qui délivre un médicament n'a besoin d'en connaître ni les propriétés ni les indications, et que celui qui, connaissant ces propriétés et ces indications, est seul responsable moralement, est précisément celui auquel on refuse le droit de le délivrer.*

Peut-être alors trouverait-on que l'unification des études et du diplôme n'est pas un moyen de résoudre le problème si mauvais qu'on voulait bien le dire, et *ceux qui connaissent la question* verraient-ils que *la responsabilité personnelle avec ou sans la garantie du diplôme* est un de ces arguments dont on peut dire : *sunt verba et voces prœteraque nihil.*

Dr A. Gassot (*de Chevilly*).

II

LA LOI ROUSSEL ET LE CERTIFICAT DES NOURRICES.

Mon cher Directeur,

Je viens de lire l'expression du regret qu'exprimait, dans le numéro du *Concours* du 5 août, notre honorable confrère, le Docteur Sève, de Limours. « Je regrette donc pour ma part, dit le Docteur Sève, que le Dr Bibard admette la gratuité du certificat médical, alors que le *Concours* cherche à fixer, en tout et pour tout, une juste rétribution aux services qui nous sont demandés. »

Il est vrai qu'entraîné par des occupations multiples, j'ai très brièvement répondu à la question posée dans la lettre du Dr Lamotte. Mais, si brièvement que je l'aie fait, je ne m'imaginais pas que l'expression eût à ce point trahi ma pensée. Car, dans les nombreuses relations que j'ai eues jusqu'ici, soit avec quelques législateurs, soit avec des dépositaires de l'autorité, j'ai toujours très hautement déclaré que le médecin n'est pas créé et mis au monde dans le but de payer les dettes de la société, et que, de la même façon qu'il paie l'impôt, comme tous les citoyens, sans immunités d'aucune sorte, il a le droit d'être rémunéré pour tous les services qui lui sont réclamés.

Ai-je donc admis la gratuité du certificat médical? J'ai relu avec attention la lettre du Dr Lamotte, la réponse très claire que j'y ai faite et les réflexions suggérées à mon confrère de Seine-et-Oise ; et, de cette nouvelle lecture, il résulte que les certificats délivrés aux nourrices doivent être, non pas gratuits, mais payés par la préfecture du département, au même titre que toutes les visites faites dans le but d'obéir aux prescriptions de la loi de 1874.

J'ajoute qu'outre cette interprétation (qui ne contredit en rien l'affirmation de l'honorable Dr Sellier, inspecteur des enfant-assistés) me paraît absolument légitime, elle a, pour nous autres médecins, l'immense avantage de nous mettre en présence d'un débiteur très solvable, point tracassier quand on lui a démontré qu'on a le droit pour soi, et quand une fois la tradition s'est établie. En serait-il de même avec les nourrices, qui appartiennent généralement à la classe besoigneuse, et avec lesquelles, il est, j'en suis convaincu et vous aussi, mon cher contradicteur, mille fois préférable pour nous de n'avoir à débattre aucun intérêt pécuniaire.

Et puis, enfin, il faut bien envisager la question sous différentes faces. Nous trouvons tous que la

loi Roussel est excellente, nous désirons qu'elle ne tombe pas en désuétude. Pour cela, il est nécessaire que nous, médecins, la cheville ouvrière et la cheville intelligente de l'œuvre, nous n'apportions pas une pierre dans un chemin déja passablement hérissé d'aspérités. Le certificat médical est déjà très difficile à obtenir, alors qu'il est délivré gratuitement *à la nourrice*, mais non pas gratuitement *par le médecin*, je le répète. Que sera-ce donc si une rémunération doit être exigée de cette nourrice? J'ai une circonscription, pas meilleure sans doute, mais pas plus mauvaise que d'autres, les nourrices y sont relativement aisées, eh bien! je suis convaincu que j'aurais à poursuivre les trois quarts de ces nourrices, si je voulait exiger le paiement du certificat, attendu qu'aucun article spécial de la loi n'établit cette dette.

Donc, je reviens à ma première conclusion. Toutes nos visites doivent, d'après la circulaire de M. le ministre de l'intérieur, circulaire que j'ai fait insérer *in extenso* dans le *Concours*, nous être payées à un taux fixé d'un commun accord entre nous et l'administration.

Tâchons donc que ce taux soit honorable et rémunérateur. Pour cela il n'est qu'un moyen: serrons nos rangs et soyons nombreux. Sortons de notre apathie qui fait que nous ne donnons signe de vie qne lorsque nous sommes personnellement blessés. J'avais indiqué déjà que je consentais à recevoir tous les documents qui pourraient m'être adressés sur le taux uniforme à fixer pour toute la France. J'avais pour ma part indiqué le chiffre de trois francs.

Eh bien! j'ai reçu *quatre lettres* émanant de confrères en réponse à mon appel. Je suis heureux de profiter de cette occasion pour remercier mes honorables correspondants. Mais comme le nombre quatre ne peut être le synonyme de légion, j'ai dû remettre à des temps meilleurs la réalisation du projet que j'avais espéré mener à bien.

Veuillez agréer, etc.

Dr Bibard (*de Pontoise*)

COURRIER

I

ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES ET MONSTRUOSITÉS.

Monsieur le Directeur,

Depuis plusieurs jours je me propose de vous écrire au sujet de deux accouchements gémellaires qui, l'un et l'autre, ont amené la naissance d'un enfant normalement conformé et d'un enfant anormalement constitué. L'un de ces monstres, aujourd'hui âgé de trois semaines, et que l'on pourrait ranger dans la classe des Autosites, famille des Ectroméliens, genre Hémimélie, est caractérisé par le manque de pieds et de mains. Outre cette absence complète de segments inférieurs des membres, on trouve aussi dans la bouche un vice de conformation qui empêche l'enfant de têter; la langue est entièrement adhérente au plancher buccal, et la voûte palatine est très défectueuse. Le deuxième monstre, qu'il m'a été donné de voir ces jours-ci, n'a vécu que quelques minutes.

Il est compris dans la famille des Exencéphaliens, genre proencéphale.

La boîte crânienne est loin d'avoir les dimensions normales; l'encéphale est, en très grande partie, hors de cette boîte, et il siége à la région frontale.

Tels sont, M. le Directeur, les deux cas intéressants que je voulais vous communiquer.

Veuillez agréer, etc.

Dr Joly.

II

UN CAS D'HYMEN IMPERFORÉ.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro 25 du *Concours*, sous la rubrique *Revue de la Presse française* et *des Sociétés savantes*, vous publiez un cas *d'hymen imperforé:* j'ai eu l'occasion de voir, ces derniers temps, un cas analogue; voici le fait:

Un père de famille de la campagne vint me prier de visiter sa fille âgée de 16 ans, non encore réglée, chez qui existait, à la vulve, depuis un mois environ, une tumeur qui augmentait journellement de volume. Une sage-femme consultée avait diagnostiqué (?!) une chute de la matrice et proposé l'application d'un pessaire (!!) La jeune fille ayant, dans la nuit, beaucoup souffert de violentes coliques et de douleurs dans le bas-ventre, cet homme me priait de visiter son enfant.

Je me rendis à son invitation et me trouvai en présence d'une jeune fille parfaitement formée et présentant à la vulve une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de poule; le vagin était complètement fermé par une membrane assez mince, très vasculaire, surtout vers sa partie médiane, la plus saillante, et qui n'était autre chose que l'hymen, formant la face antérieure de la tumeur.

Le toucher rectal faisait percevoir une grosse tumeur élastique, assez irrégulièrement arrondie, remplissant la cavité pelvienne.

Quoique la membrane me parût très amincie, surtout à sa partie médiane, et sur le point de se rompre, je fis avec une lancette, n'ayant pas de trocart sur moi, une ouverture d'un centimètre environ de longueur, dans le sens vertical; il s'échappa aussitôt un jet de sang noirâtre et mélangé de caillots; la poche, que le toucher rectal avait fait constater, se vida entièrement, et pendant deux jours le sang des règles s'écoula par l'ouverture pratiquée. La ponction de l'hymen n'amena aucune réaction, aucune complication: le mois suivant, les règles apparurent et s'écoulèrent normalement. Ainsi s'est confirmé le *brillant* diagnostic de la sage-femme: chute de la matrice chez une vierge (!!) et j'ai pu, sans l'application

d'un pessaire *chez une vierge imperforée,* établir l'écoulement normal des règles.

Veuillez agréer, etc.

Dr ROLLAND,
Médecin de la Manufacture de Tonneins (Lot-et-Garonne)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DE L'ARRONDISSEMENT DE THONON.

Extrait du registre des délibérations.

Les médecins de l'arrondissement de Thonon, convoqués par lettres du 28 juin dernier, se sont réunis, le 10 juillet 1882.

Sont présents : MM Pinget, Dr médecin à Villars-sur-Boëge; — Albert, Dr médecin à Thonon; — Genoud, Dr médecin à Thonon; — Dénarié, Dr médecin à Thonon; — Vauttier, Dr médecin à Thonon; — Germain, Dr médecin à Douvaine; — Girod, Dr médecin à Bons; — Flottard, Dr médecin à Évian-les-Bains; — Dumur, Dr médecin à Evian-les-Bains.

Sont représentés : MM. Taberlet, Dr médecin à Evian-les-Bains; — Garnier, Dr médecin à Montriond; — Dubouloz, Dr médecin à Thonon; — Genoud, Dr médecin à Douvaine; — Tavernier, Dr médecin à Thonon.

M. le Dr Pinget, doyen d'âge, occupe le fauteuil de la présidence. M. le Dr Dumur, le plus jeune, fait fonction de secrétaire.

La séance est ouverte à deux heures et quart, la parole est au Dr Genoud (de Thonon) pour l'exposé des motifs de la réunion.

Messieurs et honorés confrères,

Le 15 juin dernier, nous avons eu l'honneur de vous adresser une circulaire et une formule d'adhésion au projet de formation d'un syndicat médical dans notre arrondissement. Les réponses ne se sont pas fait attendre : Nous avons élaboré, avec les précieux documents du *Concours médical*, un projet de statuts et, le 28 juin, nous vous avons convoqués pour aujourd'hui.

Vous répondez nombreux à notre appel, votre empressement témoigne hautement que notre projet répond à un besoin commun, nous vous en remercions.

Nous sommes dix-huit médecins dans notre arrondissement : neuf sont ici présents, cinq sont régulièrement représentés par lettres de pouvoirs à leurs confrères présents : le Dr Dantaud que j'ai vu hier m'a chargé verbalement de le représenter dans le cas où il ne pourrait venir; le Dr Davet a manifesté à un de nos confrères qui vient de vous le dire, l'intention d'assister aujourd'hui à notre réunion : enfin, et je vous prierai de vous associer avec moi pour exprimer nos regrets à un des meilleurs membres de notre famille médicale, M. le Dr Folliet d'Evian qui, par une fatalité inexplicable et qu'il ne prendra certainement pas en mauvaise part, n'a pas reçu de lettres de convocation.

Nous voici donc l'unanimité moins un, réunis dans la même communion d'idées, et encore n'est-il pas bien sûr que M. le Dr Million d'Evian ne soit pas avec nous : car nous ignorons s'il n'est point absent de son domicile.

Quelques-uns d'entre vous connaissent déjà par le journal de l'Association le *Concours médical*, représentant actuellement l'opinion de plus de deux mille médecins français, le mouvement irrésistible qui pousse les circonscriptions restreintes de médecins à se constituer en syndicats : bon nombre cependant l'ignorent peut-être ou en apprécient vaguement les causes. Permettez-moi de vous donner lecture des documents publiés jusqu'à ce jour.

(Suit la lecture des articles publiés par le *Concours médical* sur les syndicats).

Comme vous venez de l'apprécier, Messieurs, l'Association générale est une armée puissante dont nous faisons, je crois, tous partie. Elle a ses chefs supérieurs, elle a ses officiers dans les sociétés locales : mais elle manque de cohésion dans son organisation de détail.

Animée des meilleures intentions, elle est impuissante à donner *tout* ce que l'on aurait tort de se croire en droit d'attendre d'elle, la faute en est à nous. Vingt-deux ans de pratique nous démontrent qu'il faut compléter son œuvre : organisons ses cadres, constituons-nous en syndicats. Le Sénat a voté hier les deux principaux articles de la loi sur les syndicats professionnels, cette loi est à la veille d'être promulguée, unissons-nous dans nos moindres sections, inspirons-nous de l'esprit de corps, de l'esprit de discipline, sans lesquels il n'y a ni combat ni victoire possibles.

Deux de nos confrères font des objections. M. le Dr Albert craint que dès l'instant que la société générale existe, les syndicats ne soient une superfétation. Il fait ses réserves : mais il se rangera à la majorité. Le Dr Martineau s'est chargé de répondre pour l'Association générale : elle ne peut ni ne doit s'occuper de la question des tarifs, question délicate que nous aurons déjà nous-mêmes à étudier avec beaucoup de prudence pour notre arrondissement.

Mais dans combien d'autres circonstances notre syndicat ne sera-t-il pas seul apte à résoudre bien d'autres questions de détail de la plus haute importance. Pour ne vous en citer qu'une, permettez-moi de vous informer qu'il existe un travail sur le service des vaccinations, projet qui aurait l'agrément de l'Administration, au moins pour notre arrondissement, mais qui a été arrêté net par une difficulté. Quand il s'est agi de répartir entre médecins les différentes communes à vacciner, on s'est trouvé de toute part exposé au danger de l'arbitraire. Qui donc peut résoudre cette question, si ce n'est notre chambre syndicale? Aussi vous prierai-je de mettre cette question à l'ordre du jour de notre première réunion générale.

M. le Dr Tavernier, après avoir donné son adhésion, refuse de faire partie de notre syndicat. Il ne veut pas, dit-il, aliéner sa liberté; nous n'avons pas, je crois, ni les uns ni les autres pareille intention, pas plus que nous ne l'avons eue en acceptant les statuts de l'Association générale. Il veut se réserver le droit de faire de la médecine à quel prix que ce soit. Il n'a cependant pas dit au rabais, respectons son opinion comme nous entendons qu'on respecte les nôtres, espérons cependant qu'il nous reviendra lorsqu'il aura mieux compris le but que nous poursuivons.

Enfin, M. le Dr Dubouloz qui n'a pu être aujourd'hui au milieu de nous et occuper la place qu'il mérite, me charge de vous exprimer un désir que nous partageons tous : c'est que nous soyons tous unis, sauf le Dr Tavernier pour lequel il regrette de faire exception.

Nous prions donc M. le Président de soumettre à la réunion la question de savoir s'il y a lieu de constituer un syndicat médical de l'arrondissement de Thonon.

En suite de délibération, la réunion est d'avis, à l'unanimité des membres présents, qu'il y a lieu de constituer immédiatement le syndicat médical de l'arrondissement de Thonon avec cette réserve qu'il sera fait mention, dans les statuts, de sa communauté d'intérêts avec l'Association générale. Elle décide qu'il y a lieu de passer à la discussion des statuts.

Les statuts discutés article par article, et dans leur ensemble, sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

La première réunion générale est fixée au samedi 11 novembre prochain, l'organisation du service des vaccinations dans l'arrondissement est portée à l'ordre du jour de cette réunion et le Dr Genoud (de Thonon) est chargé des soins de la convocation.

Suivent les *statuts.*

Fondation du Syndicat.

Article premier. — Entre les médecins de l'Arrondissement de Thonon soussignés et ceux qui, par suite, adhéreront aux présents statuts, il est formé une société civile sous la dénomination de syndicat médical de l'Arrondissement de Thonon.

Les membres du syndicat s'engagent à faire partie de l'Association générale des médecins de France avec laquelle ils restent en parfaite communauté d'idées et d'intérêts.

Art. 2. — Le siège du syndicat est à Thonon.

Art. 3. — Sa durée est illimitée.

But du syndicat.

Art. 4. — Le syndicat a pour but :

1o D'établir des rapports permanents entre les médecins de l'arrondissement, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement.

2o De rendre leurs relations aussi faciles que possible en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous.

3o De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits.

4o D'améliorer la situation tant individuelle que collective par tous les moyens pratiques.

5o De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que leur confère la loi.

6o De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des jeunes confrères qui en feront la demande.

7o D'entrer en relation avec les autres syndicats formés dans le même but.

Composition du syndicat.

Art. 5. — Le syndicat se compose de tous les médecins de l'arrondissement de Thonon qui ont déjà adhéré ou adhéreront par la suite aux présents statuts en prenant l'engagement d'honneur de s'y conformer. Les adhésions sont constatées par les signatures des membres du syndicat apposées par rang d'ordre sur le registre de l'Association.

Art. 6. — L'adhésion pourra être donnée provisoirement par lettre adressée au Président. L'admission définitive devra être ratifiée per l'Assemblée générale à la majorité des membres présents.

Art. 7. — La candidature du postulant sera discutée hors de sa présence : les bulletins de vote ne devront comporter que la mention *oui* ou *non.*

Art. 8. — Devront seuls être exclus les médecins convaincus de faits qui entachent l'honneur ou qui compromettent la dignité professionnelle.

Art. 9. — L'admission prononcée, le nouvel adhérent sera invité à apposer sa signature sur le registre indiqué à l'art. 5.

Administration.

Art. 10. — Le syndicat est administré par une chambre syndicale composée ainsi qu'il suit :

1o Un Président.

2o Un Vice-président.

3o Un Secrétaire-trésorier.

4o Des syndics à raison de un par dix membres.

Art. 11. — Le Président, le vice-président et le secrétaire-trésorier sont nommés en Assemblée générale au scrutin secret et par bulletin uninominal à la majorité des membres présents. Les syndics sont nommés au scrutin de liste. Le Président représente la société en toute circonstance et spécialement vis-à-vis des pouvoirs publics.

Art. 12. — Les membres de la chambre sont nommés pour un an, ils sont rééligibles.

Chambre Syndicale.

Art. 13. — La chambre syndicale forme en quelque sorte un tribunal d'honneur auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués. Ses décisions sont obligatoires, sauf recours à l'Assemblée générale qui statue définitivement.

Art. 14. — La chambre étudie les questions professionnelles qui lui sont indiquées, elle soumet ses conclusions à l'Assemblée générale qui prend les décisions les plus avantageuses à l'Association.

Art. 15. — La chambre syndicale se réunit sur l'invitation du Président, toutes les fois qu'il est utile ou que des circonstances graves l'exigent.

Art. 16. — En cas d'inobservation des statuts ou en cas de conflit, elle applique, par l'organe du Président, le blâme simple, le rappel au règlement, l'admonition, sauf pour les cas très graves à provoquer une peine disciplinaire plus sévère infligée par l'Assemblée générale.

Des réunions.

Art. 17 — Il y aura chaque année une Assemblée générale tenue à Thonon. La date en sera fixée en Assemblée générale.

Art. 18. — Les invitations à l'assemblée générale seront faites au moins huit jours à l'avance par les soins du secrétaire-trésorier, au nom du Président.

Art. 19. — L'assistance à l'assemblée générale est obligatoire pour tous les membres syndiqués.

Art. 20. — Tout sociétaire qui ne peut, pour des motifs valables, assister à la réunion, s'excuse par lettre et donne à un confrère le pouvoir de le représenter.

Soixante ans d'âge constituent de droit une excuse valable. Celui qui, sans excuse valable ne se fait pas même représenter, doit à la caisse de l'association la somme de cinq francs.

Art. 21. — Des réunions extraordinaires pourront être, dans les cas très graves, provoquées par le Président sur l'avis de la chambre. Les lettres de convocation devront faire mention de l'objet de la réunion.

Art. 22. — Le Président est chargé de la direction des débats ainsi que du maintien de la dignité et de la courtoisie confraternelles dans les réunions générales. En cas d'absence ou d'empêchement, il est remplacé par le vice-Président ou par le plus âgé des syndics.

Art. 23. — Le secrétaire est chargé de rédiger le procès-verbal de chaque réunion. Ce procès-verbal inscrit sur le registre de l'association est visé par le Président.

Art. 24. — Au début de chaque séance, sur l'invitation du Président, le secrétaire donne lecture du résumé compte-rendu sommaire de la précédente réunion, et fait connaître l'ordre du jour.

Art. 25. — Le secrétaire-trésorier encaisse les fonds du syndicat, il en solde les dépenses. Chaque année, à la réunion générale, il rendra compte de sa gestion et de l'état de la caisse.

Art. 26. — L'assemblée générale a seule le droit de prendre toute décision intéressant le syndicat. Elle seule a le droit, sur l'avis motivé de la chambre, après avoir entendu les intéressés, d'appliquer la censure, l'amende ou la radiation et l'expulsion.

Art. 27. — Tous rapports médicaux avec les membres exclus sont formellement interdits.

Art. 28. — L'assemblée décide l'impression et la publication de tous documents qu'elle jugera nécessaire. Elle régle, chaque année, l'emploi des fonds disponibles. Elle vôte à la majorité des membres présents toutes modifications reconnues nécessaires aux statuts et règlements.

Art. 29. — Lorsqu'un nouveau médecin viendra s'établir dans l'arrondissement, le Président, aussitôt qu'il en sera prévenu, l'invitera, au nom du syndicat, à donner son adhésion en lui faisant connaître le but et les avantages de l'association.

Fonds Social.

Art. 30. — Le fonds social est constitué par :

1o Les dons volontaires.

2o Les cotisations annuelles de chaque membre.

3o Le produit des amendes prononcées par l'Assemblée générale en vertu de l'art. 20.

4o. L'intérêt de l'excédant de caisse annuel.

Art. 31. — Le chiffre de la cotisation annuelle est fixé douze francs. Cette somme doit être versée à la caisse du secrétaire-trésorier à l'assemblée générale annnuelle. La cotisation est due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

Art. 32. — Les cotisations non payées à la réunion annuelle, sont recouvrées par la poste dans les trois mois suivants aux frais du sociétaire en retard.

Art. 33. — Les fonds versés dans la caisse de la société lui restent acquis en cas de retraite volontaire ou forcée de ses membres. Chaque adhérent, par conséquent, déclare faire l'abandon pur et simple de sa part de fonds social, et renonce tant pour lui que pour ses ayants droit, à produire jamais aucune réclamation à cet égard.

Dissolution.

Art. 34. — En cas de dissolution du syndicat, les sommes disponibles seront versées à la caisse des pensions et retraites de l'Association générale des médecins de France.

Ainsi fait et délibéré à Thonon, les jour et an que dessus pour être signé conformément aux art. 5 et 9 des présents statuts par les adhérents au syndicat.

NOUVELLES

Maisons mortuaires. — Il y a deux ans, environ, le Conseil municipal a approuvé le principe de la création, dans Paris, de maisons mortuaires.

Cette création est fondée sur les motifs suivants :

Beaucoup de familles d'ouvriers n'ont qu'une seule pièce comme habitation, et il arrive souvent que, dans cette chambre unique, habitent six ou huit personnes. Dans de telles conditions, en cas de décès par suite de maladie contagieuse, outre qu'il est pénible, pour les membres de la famille, de cohabiter à côté du décédé, il y a encore un danger réel, l'enlèvement du corps n'ayant lieu que cinquante heures après le décès.

Pour obvier à ces inconvénients, le Conseil municipal invita la préfecture de la Seine à étudier les voies et moyens de créer, à Paris, des chambres mortuaires destinées à recueillir les corps jusqu'au moment de l'inhumation, telles qu'il en existe déjà en Allemagne, en Belgique, en Angleterre et dans quelques autres contrées.

L'administration municipale vient de terminer les études commencées par le Conseil. Elle propose de construire trois maisons mortuaires, d'un modèle très-simple, à l'intérieur où à proximité des trois grands cimetières du Nord, de l'Est, et du Sud. Les corps y seraient transportés, puis dirigés de là soit, sur le cimetière voisin, soit vers l'un des cimetières extra-muros.

D'après la répartition proposée, la maison mortuaire du Nord recevrait les corps des 1er, IIe, VIIIe, IXe, XVIIe, XVIIIe arrondissements; celle de l'Est, ceux des IIIe, IVe, XIe, XIIe, XIXe, XXe arrondissements, et le surplus serait dirigé sur la maison mortuaire du sud.

On estime le prix de construction d'une maison mortuaire à 80,000 francs. L'entretien annuel, frais de garde, éclairage. etc., reviendra à 287,000 francs par an. A cette somme, il faudrait ajouter la fourniture des cercueils doubles, parce que la bière en usage pour les inhumations des indigents ne présente pas des conditions de solidité suffisante pour le double de transport de la maison au dépôt, et du dépôt au cimetière.

Il y aura à compter de ce chef, sur une dépense annuelle de 27,000 francs.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

9 Septembre 1882 — 4me Année. — N° 36

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS. — L'Assemblée générale des membres de la Société civile du *Concours médical* est fixée au dimanche 17 septembre, à quatre heures du soir très précises, *dans les salons du Grand Véfour*, au Palais-Royal.

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères qui se proposent d'assister à la réunion et au repas, *de nous en donner avis dans le plus bref délai possible*, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

BULLETIN

L'époque des vacances, le goût et, il faut bien le dire, la nécessité de la villégiature, pour les praticiens d'une ville comme Paris, font la concurrence la plus sérieuse aux occupations académiques. A la dernière séance, on comptait bien vingt Académiciens présents ; et encore, parmi eux, il ne se trouvait aucun des membres du Bureau. Ce n'est pas que les communications, devenues plus rares, soient moins intéressantes : il semble, au contraire, que les quelques Académiciens, qui se refusent à prendre un utile repos, veuillent compenser leur petit nombre par l'importance de leurs travaux. Nous n'en voulons pour preuves que la lecture de M. Vulpian sur le traitement de la fièvre typhoïde, lecture dont nous avons rendu compte dans notre dernier Bulletin, et celle dont nous avons à parler aujourd'hui. Cette fois, c'est M. le Dr *Marjolin* qui a pris la parole. On sait que l'éminent chirurgien honoraire de l'hôpital Sainte-Eugénie (actuellement hôpital Trousseau) s'est emparé d'une façon très brillante de la difficile question de l'hygiène hospitalière dans les hôpitaux d'enfants ; et cette question qu'il trait avec tant d'autorité, on peut dire qu'il l'a faite sienne. En effet, dès le mois d'avril de cette année, M. Marjolin faisait, à l'Académie, une

première communication sur : l'urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les Hôpitaux d'Enfants et le Dépôt des Enfants-Assistés; la communication actuelle de M. Marjolin porte : *Sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants*. En somme, c'est toujours contre l'encombrement et le défaut d'isolement des malades atteints d'affections contagieuses que l'auteur s'élève; mais il ne se contente pas de critiquer, il propose, en guise de conclusions, une série de mesures très sages qui ont été acceptées par l'Académie, après discussion, et avec quelques modifications. Voici ces conclusions :

1° Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants.

2° Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création, dans Paris, de nouveaux hôpitaux.

3° Séparer rigoureusement, dans des services distincts, les enfants atteints de maladies contagieuses.

4° Créer hors Paris un ou plusieurs hôpitaux, plus spécialement affectés aux enfants dont la santé et les maladies exigent un traitement et des soins prolongés.

5° Adopter, pour les hôpitaux d'enfants, le classement en usage dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales.

6° Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques et les idiots, en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière.

7° Conservation des services internes des teigneux, avec adoption de mesures assurant le fonctionnement régulier du traitement externe.

8° Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions de salubrité de logement et la situation de la famille le permettent, et que les maladies ne sont pas contagieuses.

Ainsi modifiées, ces conclusions devront être adressées au Ministre de l'Intérieur. Ce travail ira donc probablement retrouver, dans les cartons du Ministère, la première communication du même auteur qui avait déjà eu les honneurs des cartons ministériels; et, après avoir été dûment étiqueté, épinglé, ficelé, il disparaîtra, sans que nous en entendions parler d'ici longtemps!

Dr J. GEOFFROY,

CHIRURGIE PRATIQUE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES APRÈS LES GRANDES BLESSURES DES MEMBRES.

« Les indications de l'amputation dans les « grandes blessures des membres, sont un des « problèmes les plus difficiles de la chirurgie « pratique. » Telles sont les paroles par lesquelles M. le Professeur Trélat commençait sa clinique du 28 février de cette année. Le savant professeur de l'Hôpital Necker voulait discuter devant son auditoire la conduite à suivre après les grandes blessures, à propos de quelques malades présents dans son service. Il exposa en même temps une statistique courte, mais intéressante, par laquelle il cherchait à établir un parallèle entre les amputations immédiates et les amputations secondaires.

Nous avons cru intéressant de rassembler en quelques colonnes les principes que l'on professe généralement en ce moment, nous aidant d'un certain nombre d'observations personnelles, et recourant aussi à l'excellent livre du professeur Verneuil sur *les Amputations*. Nous avons colligé vingt-deux observations de traumatismes graves des membres; sans les rapporter *in extenso*, ce qui serait long et fastidieux, nous les citerons à l'occasion en quelques mots.

I. — Indications thérapeutiques générales dans les grandes blessures des membres.

Inutile d'insister sur la fréquence extrême de ces graves accidents qui compromettent immédiatement la vie du blessé ou qui doivent le priver d'un membre nécessaire pour subvenir à ses moyens d'existence. Il est des blessures qui réclament l'ablation immédiate du membre, tels sont les broiements, les écrasemeuts presque complets; là il n'y a pas à discuter, et on n'a qu'à s'entourer de quelques précautions sur lesquelles nous aurons à insister. Mais, bien souvent aussi, on est en présence de blessures dont l'apparence première n'est pas si grave qu'on ne puisse hésiter et qu'un chirurgien prudent ne recule à intervenir d'une façon radicale. Au commencement de ce siècle encore, la chirurgie était moins conservatrice; le matériel du pansement moins parfait, l'installation médiocre des hôpitaux ne permettaient pas ces hardiesses que l'on a maintenant; de plus, c'était l'époque des brillants opérateurs qui établissaient les règles de la médecine opératoire moderne. Depuis quelques années, une nouvelle génération s'est élevée qui, tout en suivant les règles du manuel, s'est davantage occupée du malade, et a cherché sur quelles données on peut établir l'indication en présence d'un blessé.

Trois choses sont à considérer, disait M. le Professeur Trélat dans la leçon dont nous avons déjà parlé; elles sont toutes d'égale importance : LA BLESSURE, LE BLESSÉ, LE MILIEU.

Occupons-nous d'abord de la BLESSURE : elle est intéressante par son siège, sa nature, son étendue et ses causes. En général, on sait que le pronostic des blessures est d'autant plus grave qu'elles sont sur un point plus rapproché de la racine des membres; le volume des vaisseaux qui peuvent être atteints et surtout l'épaisseur des parties molles qui recouvrent les os rendent compte de cette gravité et expliquent encore pourquoi les blessures du membre inférieur sont toujours plus graves que celles du supérieur.

La multiplicité des blessures graves est encore une condition importante, elle augmente la violence du choc traumatique et contre-indique parfois toute intervention chirurgicale, surtout si le sujet est déjà débilité.

La nature, l'étendue et la cause des blessures, sont des conditions de la plus haute importance à examiner. Les plaies par instrument tranchant sont les plus simples de toutes et n'indiquent que la conservation ou l'ablation immédiate, et cela dans le cas ou le membre ne tient plus que par un lambeau insuffisant qui ne renferme pas les éléments de nutrition principaux, vaisseaux et nerfs.

Le plus souvent, les blessures graves sont produites par des corps pesants, blocs de pierre, roues de voitures pesamment chargées, par une chute d'un lieu élevé; ce sont des traumatismes dans lesquels existent des éléments complexes : contusion des parties molles, épanchements sanguins, fractures comminutives, avec ou sans plaie, les faisant communiquer avec l'extérieur, quelquefois c'est un broiement qui échappe à toute description; les écrasements produits par les roues de tramways rentrent dans cette dernière classe. Suivant la violence de l'accident, on a différents degrés: ou bien c'est un broiement complet du point blessé et, au dessous, le reste du membre est *livide, refroidi* et, du premier coup d'œil, on peut juger que *toute conservation est impossible.*

Mais souvent une violence grave a produit une blessure dans laquelle on ne reconnait pas immédiatement une telle gravité; mais la palpation permet de constater des épanchements sanguins, plus ou moins loin au-dessous de la blessure; quelquefois ils sont *animés de battements* et *augmentent* rapidement de volume, c'est là le signe d'une rupture artérielle, donnant lieu à un anévrysme diffus primitif et prescrivant une intervention rapide. En général, il faut se rappeler que la contusion et l'épanchement sanguin dans les gaines musculaires sont toujours beaucoup plus étendus qu'on ne pourrait le croire extérieurement, c'est une notion qui défend de pratiquer, quand il y a lieu, les amputations trop près du foyer de la blessure et aussi, à notre avis, de tenter la réunion immédiate.

On doit toujours surveiller avec soin l'état de la circulation dans le membre blessé au-dessous de la blessure. Quand les battements artériels continuent à être perçus sans que le refroidissement persiste, tout va bien, mais s'ils ne peuvent se retrouver, la gangrène menace presque fatalement le membre, et on doit s'attendre à intervenir radicalement, au moment de son apparition. Nous devons signaler ici un fait rare dont nous avons été témoin et qui fut, en 1877, pour M. le Professeur Verneuil, le sujet d'une leçon des plus intéressantes.

Un homme de quarante-cinq ans avait été apporté dans son service pour une plaie contuse grave du genou et du creux poplité; dans les premiers jours, tout alla bien, puis on vit peu à peu la jambe du côté malade perdre sa chaleur ; le malade y accusait des fourmillements et on sentait que les battements artériels diminuaient peu à peu ; bientôt la gangrène devint imminente et on dut amputer la cuisse. A l'examen du membre amputé, on reconnut que, la contusion ayant porté sur l'artère poplitée, la tunique interne de cette artère avait été seule déchirée et s'était recroquevillée du côté du calibre du vaisseau ; elle était devenue le point de départ de la formation d'un caillot, qui peu à peu avait oblitéré toute l'artère poplitée, empêchant le sang de pénétrer dans le tronc tibio-péronier et dans les artères articulaires. Nous connaissons une autre observation d'oblitération de l'artère sous-clavière, à la suite d'un choc violent porté sur la clavicule et ayant fracturé celle-ci. Il faut donc se souvenir de la possibilité de ces oblitérations secondaires des artères, quand les traumatismes intéressent des régions où les gros vaisseaux artériels sont placés sur des plans osseux : tels sont le pli de l'aîne, le creux du jarret, la région claviculaire, etc.

Dans une de nos observations, nous avons constaté un cas semblable pour les artères plantaires dans la gouttière calcanéenne.

Les fractures compliquées sont bien souvent la cause d'accidents consécutifs des plus graves et il est souvent bien difficile d'en apprécier l'importance dès les premiers instants. En général on admet qu'une fracture compliquée, dont la plaie à été produite de dehors en dedans par le corps vulnérant est moins grave que si elle a été causée par un mécanisme opposé, c'est-à-dire par l'os fracturé, qui, subissant l'impulsion de la violence du choc, va transpercer les parties molles. Dans ce cas, en effet, il se produit dans le membre des déchirures musculaires et des décollements profonds qui seront le point de départ des complications des plus graves. Le nombre des fragments, dans une fracture, est très important, aussi croyons-nous très utile, au point de vue du pronostic, d'établir une distinction entre les fractures compliquées et comminutives.

Si la blessure, dans toutes ses variétés, est si importante à connaître, le sujet qui l'a subie, le BLESSÉ, doit aussi être l'objet d'une étude attentive. L'homme, qui a subi une blessure plus ou moins grave, réagit différemment suivant son âge, son état de santé antérieure, suivant aussi qu'il porte ou non une maladie générale héréditaire ou acquise; la réaction, terme impropre dans lequel nous comprenons la succession des événements qui suivent la blessure immédiatement ou de plus ou

moins loin, varie donc fatalement suivant les sujets. C'est ce que nous allons développer en quelques mots.

L'effet immédiat d'une blessure grave est de produire sur le système nerveux un ébranlement particulier que l'on connait dans ses effets, sous le nom de *Choc traumatique* (1). Le blessé atteint de choc se présente dans l'état suivant : il est pâle et décoloré ; ses extrémités sont froides et bleuâtres, ses lèvres violacées, ses traits tirés ; les yeux sont fixes ou hagards ; la sensibilité est émoussée, on ne peut obtenir pour réponse que des paroles incohérentes. Autre caractère important : la température s'abaisse au-dessous de la normale et peut tomber à 35° et même au-dessous. Le choc traumatique est d'intensité variable suivant l'étendue ou le nombre des blessures et aussi suivant l'âge des sujets.

L'enfant subit une influence dépressive moins considérable que l'adulte, et surtout le vieillard. Dans nos observations qui portent sur trois cas d'écrasement du pied chez des enfants de cinq ans et demi, six ans, et neuf ans, le minimum thermique n'a pas dépassé 36° ; le choc a eu peu de durée et la réaction fébrile qui le suit ne s'est pas fait longtemps attendre. Chez l'adulte, et surtout le vieillard, le choc est toujours beaucoup plus marqué ; sa durée peut atteindre plusieurs heures : cinq, six et même plus ; la température s'abaisse beaucoup et la fièvre traumatique primitive se montre moins vite. Quelles prescriptions devons-nous remplir à l'égard du choc ?

Nous ne ferons que les indiquer ici, devant y revenir en détail plus loin : d'abord nous devons rejeter toute intervention chirurgicale, tant que le sujet est sous son influence ; les observations montrent, en effet, que toute opération pratiquée dans la période du choc est fatalement suivie d'insuccès ; nous devons ensuite employer tous les moyens nécessaires pour diminuer la durée et son intensité.

Quand le blessé a traversé cette première période déjà si importante et si variable même, la blessure amène une suite d'autres phénomènes que l'on doit s'efforcer de prévoir, de reconnaitre et de combattre, et qui varient suivant diverses conditions.

Le plus simple est la *Fièvre traumatique primitive* ; elle survient, comme on le sait, vers les dix ou douze premières heures après l'accident, plus tôt toutefois chez l'enfant où nous l'avons vu éclater après cinq ou six heures. Plus ardente chez ce dernier, où elle s'accompagne presque toujours d'une certaine excitation nerveuse, elle est, chez l'adulte bien constitué, moins vive, dépasse rarement 39° ou 39°,5 et, dans les cas les plus simples, elle ne dure que quatre ou cinq jours ; ces délais sont importants à se rappeler.

Mais au lieu de ce symptôme si bénin que nous venons de décrire, on peut voir débuter des accidents autrement terribles. En effet, les observations montrent que, chez les sujets *alcooliques*, les sujets débilités par la *misère*, par les *excès*, la *fatigue* et le *surmenage*, ou encore chez les *diabétiques*, on a observé des complications qui mettent immédiatement en danger la vie du malade. Parmi elles, nous citerons, en première ligne, la *septicémie aiguë*, caractérisée par une ascension brusque de la température à 40° et au delà, un délire violent, un écoulement fétide de la plaie et un gonflement notable du membre. Nous devons ranger, à côté de cette première forme, des accidents qui lui sont collatéraux, tels que l'*Emphysème putride primitif* qui se développe souvent en quelques heures et qui, remontant vers la racine du membre, défie souvent, par sa rapidité, l'intervention du chirurgien. Nous avons deux observations de cette terrible complication ; dans l'une, il se montra deux jours après un écrasement de l'avant-bras et on fut obligé de désarticuler l'épaule : dans l'autre, il survint douze heures après une fracture comminutive et compliquée de la jambe et on dut amputer la cuisse. Les deux malades ont succombé.

L'*Erysipèle bronzé* décrit pour la première fois par Velpeau, et ensuite par Pirogoff, est encore une complication qui paraît s'attaquer plus spécialement aux alcooliques. Nous en avons aussi deux observations pour des fractures compliquées de la jambe terminées d'une façon funeste. Nous n'insisterons pas sur ses caractères : la température est très élevée, 40°, 40°,5 ; le membre se gonfle, prend une teinte rouge cuivré, pouvant aller jusqu'à la couleur du bronze de Florence et souvent l'emphysème putride ne tarde à pas se montrer.

La Pyohémie rapide peut survenir dans les mêmes conditions que nous avons énoncées plus haut, et elle s'annonce par ses brusques oscillations thermiques, ses frissons, la douleur du foie, etc. Enfin les sujets nerveux, irritables, ou qui ont été exposés à un froid brusque et prolongé après leur blessure, paraissent plus disposés au *tétanos*, dont nous avons deux observations ; aussi faut-il accorder une vive attention aux soubresauts musculaires, aux spasmes parfois convulsifs qui peuvent l'annoncer dans le membre blessé, et appeler ainsi une intervention rapide.

Quand les blessés échappent, malgré leur constitution débile ou altérée par des maladies diathésiques, à ces premiers accidents, ils sont encore exposés à d'autres complications, dites secondaires, complications qni empêchent la marche régulière de la guérison.

Les *alcooliques* et tous les autres sont prédisposés à l'établissement des suppurations prolongées, intarissables, qui exposent à la pyohémie secondaire ou à la fièvre hectique. Dans une de nos observations, un sujet alcoolique était atteint d'une fracture compliquée de la jambe ; après des tentatives infructueuses de conservation la suppuration intarissable fit recourir à l'amputation de la cuisse ; deux mois après, le malade mourait, épuisé par la suppuration du moignon. A l'autopsie, on trouva des oragnes altérés par l'alcoolisme chronique (stéatose du foie et des reins) ; durant toute sa maladie, on n'avait pu l'alimenter et il était mort des suites de cette nutrition défectueuse.

(1) Du choc traumatique. Th. agrég. Piéchaud, Paris 1880.

D'autres maladies constitutionnelles telles que les *altérations des reins* ou *du foie*, le *diabète*, les *maladies du cœur*, influent aussi notablement sur la marche du traumatisme, et indiquent des précautions et des traitements spéciaux.

Notons encore que *l'âge avancé*, dans les fractures compliquées, donne souvent lieu à des absences de consolidation qui rendent inutile un membre qu'on a eu beaucoup de mal à conserver.

Après avoir longuement parlé du blessé, arrivons enfin au MILIEU où il doit vivre pendant son traitement. Le séjour à la campagne, dans un pays sain, bien aéré, est une condition excellente qui permet de grandes hardiesses de conservation.

L'atmosphère des villes, et surtout le séjour dans les grands établissements hospitaliers, constitue pour les blessés de mauvaises conditions hygiéniques qui engendraient, surtout autrefois, de nombreuses complications ; érysipèles, pyohémie etc. ; aussi les chirurgiens n'osaient-ils laisser une blesssure grave se guérir sans intervention radicale et souvent celle-ci, quoique bien pratiquée, était suivie d'insuccès. Aujourd'hui on a essayé d'établir, au moyen des pansements de la méthode antiseptique, une barrière entre le blessé et le milieu délétère où il est placé; on a établi, autour de sa blessure, une atmosphère restreinte et salubre, dans laquelle sa plaie accidentelle ou chirurgicale peut guérir à l'abri de toutes les complications venant du dehors de l'individu. Aussi devons-nous nous attacher à perfectionner ce milieu restreint, à le rendre le plus rigoureusement antiseptique qu'il est possible. A ce prix, on pourra conserver nombre de membres utiles et pratiquer certaines opérations qu'on n'eût pas osé faire autrefois.

Dans une seconde partie, nous continuerons le développement de notre sujet par la discussion du choix de l'intervention chirurgicale, et nous terminerons par l'étude de ses différents procédés que nous rangeons sous trois titres : CONSERVATION, RÉGULARISATION, AMPUTATION.

Dr HAMBARD.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

II. L'Exercice de la Pharmacie.

Définir cé qu'est l'exercice de la Pharmacie n'est pas chose aussi facile qu'on le pourrait supposer. L'Académie nous dit bien ce que devrait être le pharmacien, ce que vraisemblablement il était autrefois — elle ne nous apprend guère ce qu'il est aujourd'hui. Quant à nous, nous nous trouvons quelque peu dans la situation du *Major de la Vie parisienne* quand on lui demandait ce qu'était un major.

Ce que c'est qu'un pharmacien?... mais il y en a plusieurs espèces de pharmaciens.

Les conditions économiques de la vie moderne ne sont plus ce qu'elles étaient il y a cinquante ans et l'antique officine s'est trouvée, elle aussi, révolutionnée par les chemins de fer, le télégraphe, les machines à vapeur et autres engins destructeurs des bonnes vieilles coutumes du temps jadis.

N'avons-nous pas le droguiste, le fabricant de produits chimiques, le pharmacien spécialiste ? le pharmacien qui prépare les remèdes et celui qui se borne à débiter en détail la marchandise qu'il a achetée en gros? Enfin la série se complète du marchand d'eaux minérales, de l'herboriste, etc.., etc...

Quelle dénomination commune pourrait-on donner à ces divers commerces?

Le droguiste n'a pas besoin de diplôme, pas plus que le fabricant de produits chimiques — et pourtant ce sont eux surtout qui préparent — tandis que nul ne peut vendre pour deux sous de cérat s'il n'a été, après un stage suffisant, dûment examiné et reçu.

On nous a bien objecté que les premiers vendaient aux pharmaciens et que ceux-ci avaient toutes les capacités pour reconnaitre les erreurs possibles, tandis que le pharmacien diplômé vendait au public qui n'y connaît rien. — Nous trouvons la réponse plus spécieuse que sérieuse : le droguiste et le fabricant de produits chimiques connaissent parfaitement les substances qu'ils ont préparées et, pas plus que le pharmacien, ne donnent du sel d'oseille pour du sulfate de magnésie ou de la strychnine pour de la santonine. D'ailleurs est-on bien sûr que le pharmacien contrôle de si près et ne se fie jamais à l'étiquette?

Le pharmacien invoque *sa responsabilité*, les autres n'ont-ils donc pas aussi leur responsabilité?

Mais nous allons plus loin. Voici une substance blanche, amorphe... c'est de l'aconitine; le pharmacien l'a achetée pour de l'aconitine et s'est assuré que c'était bien de l'aconitine. Or, il existe dans le commerce, plusieurs sortes d'aconitine : sans parler de l'aconitine cristallisée, il y a une aconitine dont l'activité est vingt, trente fois plus grande que telle autre aconitine — Comment le pharmacien pourra-t-il connaître l'énergie du médicament qu'il vient d'acheter et qu'il va revendre au public? N'est-il pas obligé de s'en rapporter à l'étiquette?

Et qu'on le sache bien, là réside un grand danger pour la santé publique. Le médecin prescrit un remède; n'obtenant pas de résultat, il augmente la dose — que le malade change de pharmacie, voilà des symptômes d'empoisonnement.

C'est de là qu'est née une première classe de spécialités pharmaceutiques: on a l'aconitine de tel ou tel, le sulfate de quinine de X... et celui de Y.... Le nom du préparateur est la garantie du produit, et le médecin adopte pour son usage la

marque qui lui paraît donner les meilleurs résultats (rappelons, en passant, que lui seul a qualité pour faire un tel choix). Mais, qui oblige le pharmacien à se munir du produit de X... plutôt que de celui de Z... sur lequel parfois il gagne deux fois plus? Et, s'il n'a pas la marque de Y... qui est prescrite, croit-on qu'il se fera scrupule de mettre dans la potion la marque de Z... qu'il possède? — « C'est toujours du sulfate de quinine, » se dira-t-il, s'il prend la peine de discuter avec sa conscience.

D'un autre côté, certaines spécialités pharmaceutiques ne se vendent qu'en flacons scellés, cachetés, entourés de bandes, de ficelles et de capsules — le pharmacien peut-il exercer sur elles un contrôle? Et n'est-ce pas le fabricant droguiste, fabricant de produits chimiques ou pharmacien spécialiste, qui vend directement au public?

Que devient donc l'objection qu'on nous faisait et quel rôle joue dans tous ces cas, le pharmacien détaillant? Il n'exerce et ne peut exercer aucun contrôle, et sa présence, comme intermédiaire, supprime toute garantie quant à la provenance et à la marque du produit prescrit par le médecin; sa seule raison d'être serait donc l'énorme bénéfice qu'il réalise sur la marchandise vendue?

Et encore il ne peut vivre! ses plaintes sont chaque jour plus nombreuses, plus fortes et, nous le reconnaissons, plus justifiées! Il réclame des réformes — et quelles réformes!

On a demandé l'abolition des spécialités pharmaceutiques, il y a même eu, au Congrès de 1867, à ce sujet, un petit tumulte resté légendaire, mais les anti-spécialistes ont été battus sur toute la ligne et ne sont pas près de se relever de leur échec, heureux résultat d'ailleurs, car leur triomphe eût été la négation de tout progrès en pharmacie.

Nous n'en sommes plus aux formules abracadabrantes de la thériaque et du diascordium, et ce progrès, il faut en bien convenir, est dû avant tout à la spécialisation en pharmacie.

Mais, nous crie-t-on, avec les alcaloïdes, avec les spécialités, avec les eaux minérales, le pharmacien ne peut plus vivre. — Nous contestons d'abord que la proposition soit vraie pour tous, et dans les diverses catégories de pharmaciens que nous énumérions plus haut, nous en savons qui vivent d'un tel état de choses et qui même en vivent fort bien. C'est au petit pharmacien de province et, à lui seul, que s'applique la plainte; nous reconnaissons que ses intérêts sont singulièrement compromis et que la vie lui devient difficile — Mais que faire à cela? Le médecin ne peut pourtant pas, pour le seul plaisir de faire vivre M. Purgon, revenir aux remèdes où la poudre de cloportes, les yeux d'écrevisses et la momie d'Egypte s'alliaient aux têtes de vipères et à la corne de cerf.

Il est des pharmaciens qui ne peuvent pas vivre... qu'ils meurent, c'est la commune destinée! — Le corps médical, l'Etat, le public ont vraiment autre chose à faire qu'à les faire vivre envers et contre tous.

Avons-nous entendu assez souvent cette exclamation: *le médecin ne formule plus*! Avons-nous non moins souvent entendu ajouter: *il ne sait plus formuler*! — C'était l'abomination de la désolation!

Eh! bonnes gens, si le médecin ne formule plus, c'est qu'apparemment il ne se sent pas le besoin de formuler! C'est qu'il trouve ailleurs que, dans ces formules que vous regrettez tant les armes dont il a besoin! et, si quelqu'un peut porter un jugement sur ce mode de faire nouveau, ce n'est certainement pas vous qui n'entendez rien à la chose, et qui ne pouvez même porter un jugement désintéressé puisque vos intérêts en souffrent!

Aussi les pharmaciens en question ont-ils compris que leurs doléances ne les avanceraient guère et c'est à l'Etat qu'ils ont résolu de s'adresser. Législateurs, procureurs, juges, huissiers, gendarmes uniront leurs efforts pour maintenir une profession qui s'en va d'elle-même et qui, malgré le privilége consacré par la loi actuelle, ne peut faire vivre ceux qui s'y livrent. — On augmentera les privilèges, on limitera le nombre des pharmacies et on fera des pharmaciens de véritables officiers civils.

Voilà la solution que proposent des esprits bien intentionnés, sans doute, mais qui nous paraissent doués d'une forte dose d'illusion. — Nous tenons à examiner à loisir cette proposition, nous la remettons donc au moment où nous en aurons fini avec l'exercice de la pharmacie.

Dr A. Gassot (*de Chevilly*).

II

De la réquisition judiciaire en matière de médecine.

A

Monsieur et très honoré confrère.

En qualité de membre du *Concours médical*, je m'adresse à vous pour avoir un renseignement. Il s'agit d'un fait que je trouve sérieux, et qui soulève une question de principes pour les rapports des médecins avec la justice, et entre eux.

Voici ce fait :

Un blessé est apporté dans mon service. Il a été compromis dans un accident qui engage des responsabilités judiciaires et civiles. Un médecin est délégué par l'instruction, et jugeant qu'il ne peut pas lui-même mener l'expertise à bien, il m'adresse, sous forme de lettre, un *véritable* réquisitoire, et me demande un *véritable* rapport médico-légal, Je ne considère pas cette réquisition comme régulière, et je décline cette invitation, tout en envoyant, *à titre officieux*, le diagnostic succinct, mais précis et complet, porté

sur la pancarte. J'apprends que le médecin délégué est venu dans le service, a examiné le blessé, puis n'entends plus parler de rien.

Au bout de quelques semaines, je reçois un réquisitoire régulier du juge d'instruction. Sans entrer dans les détails de personnes, je crois devoir vous dire que ce réquisitoire était signé par le juge d'instruction ordinaire du tribunal, qui, la première fois, était suppléé par un autre juge. J'envoie immédiatement un rapport aussi complet qu'il m'est possible et tout paraît marcher pour le mieux.

A l'audience de police correctionnelle, le président prononce, me dit on, des paroles de blâme sur mon refus d'obtempérer à la réquisition du médecin délégué de la justice. Je lui demande une explication, amicale d'ailleurs, sur l'intention qu'il a mise dans des paroles qui ont pu m'être rapportées inexactement, bien que pour le fond, les deux témoins auriculaires soient concordants.

Le président — (c'était le même juge qui avait fait au début l'instruction), me déclare que, personnellement il ne peut donner aucune explication, ayant parlé comme représentant le tribunal tout entier, qui a trouvé que j'avais *encouru une responsabilité* en refusant d'obéir à la réquisition du médecin muni d'une *commission rogatoire*.

L'opinion que j'oppose au tribunal de première instance est celle-ci : nous, médecins, pour les choses qui touchent à l'art médical, ne devons notre concours à la justice, que requis régulièrement par un magistrat ; qu'il s'agit, ici, d'une véritable expertise, et non d'un simple témoignage auquel, d'ailleurs, je ne me suis pas refusé, puisque j'ai transmis l'énoncé des lésions constatées par moi, — complet, mais sans appréciation. — Je dois dire que le président a paru ignorer cette dernière circonstance, et d'après ce qu'il m'a dit, ma lettre ne figure pas au dossier, mais seulement la déclaration du médecin délégué. 1° Ayant répondu à la première réquisition régulière que j'ai reçue, je crois n'avoir encouru aucune responsabilité.

Vous le voyez, monsieur et très honoré confrère, la question soulevée est assez importante, au double point de vue des relations des médecins avec la justice et entre eux-mêmes.

Le *Concours médical* est habitué à des consultations de ce genre, et j'espère que vous ne verrez pas de difficulté à me donner une réponse à l'interrogation que je formule ainsi :

2° « *Un médecin est-il tenu de faire fonction d'expert sur la réquisition d'une autre personne qu'un des magistrats désignés par la loi.*

3° Subdiairement : *Un médecin délégué par la justice a-t-il le droit, étant embarrassé par des circonstances quelconques, de faire faire, d'autorité, le rapport qui lui est demandé, par un autre confrère, plus favorisé à ce point de vue, par les mêmes circonstances ?*

Comme conséquence, dois-je courber la tête sous le blâme plus ou moins explicite dont j'ai été l'objet ?

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr L. M.

Réponse.

Première question. — *La chose est évidente.*

Deuxième question. — *Non; lisez d'ailleurs le très intéressant travail de M. Dr Couchy sur la Réquisition. Conc. méd.* 1882 n° 31, 32 et 33.

Troisième question. — *Non ; la réquisition est absolument personnelle. Il n'y a pas de délégation possible.*

B

Cher et très honoré Directeur,

Le *Concours médical*, grâce à votre généreuse et si intelligente initiative, étant devenu aujourd'hui le code du plus grand nombre des médecins en France, nous sommes naturellement portés à recourir à lui dans toutes les circonstances, grandes ou petites, où les intérêts professionnels se trouvent en jeu. C'est pourquoi je crois devoir vous entretenir du fait suivant qui intéresse chaque jour la plupart des médecins. Il dépend de nous, qui, grâce à vous plus peut-être qu'à nos associations locales, ne sommes plus isolés, de nous affranchir enfin, non par des vœux puérils, mais par l'action pratique, de ces nombreuses sujétions auxquelles l'administration, par l'intermédiaire de ses divers agents, a la prétention de nous soumettre, oubliant qu'elle ne possède sur le médecin qu'un droit, auquel elle n'a garde de manquer, celui de bien faire payer les nombreuses contributions dont elle l'accable.

Le 15 juillet dernier, j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le Capitaine de gendarmerie de Mamers la lettre suivante :

Monsieur le Capitaine,

Hier soir, jour de la fête nationale, vers onze heures et demie, je fus réveillé par un gendarme réclamant mes soins pour un blessé, gisant, me dit-il, au milieu de la place des Halles.

« Je m'empressai de me rendre au lieu indiqué, aucun blessé ne s'y trouvait; j'interrogeai un grand nombre de personnes attablées devant les cafés et beaucoup de promeneurs; personne ne put me renseigner. Pensant que, d'après mes observations au gendarme, le blessé avait été transporté dans quelque maison voisine, je fis le tour de la place, mais inutilement; supposant que le gendarme avait pu confondre la place des

Halles avec la place voisine, j'explorai celle-ci avec soin; le blessé fut introuvable.

C'est la quatrième fois, en quelques mois, que je suis ainsi dérangé inutilement par un agent de l'autorité.

Si je crois devoir vous signaler ce fait, monsieur le Capitaine, ce n'est pas dans le but de vous exprimer une plainte contre ce gendarme, malgré son singulier sans-gêne à mon égard, mais dans celui de vous « soumettre les réflexions suivantes :

« Le médecin, dont la conduite est uniquement dictée par le sentiment du devoir professionnel et dont l'indépendance est absolue, ne saurait reconnaître à un agent quelconque de l'autorité le droit de le *requérir* dans des circonstances de ce genre. Outre que cette réquisition porte atteinte à sa dignité et à son indépendance professionnelles, elle semble constituer contre le médecin un *droit* aux yeux du public et peut-être à ceux de l'agent lui-même; de là l'absence de tout gré qui récompense habituellement sa complaisance, lorsqu'il donne gratuitement ses soins à un blessé indigent et la difficulté qu'il éprouve à recouvrer des honoraires légitimes, lorsqu'il les donne à certains autres qui, s'appuyant sur la réquisition de l'agent, considèrent le médecin comme *obligé* de les secourir gratuitement.

En conséquence, afin de me mettre à l'abri d'un abus que rien ne justifie, je crois devoir vous déclarer que désormais je ne tiendrai aucun compte des réquisitions de ce genre; ma conduite ne saurait d'ailleurs avoir de conséquence fâcheuse pour un blessé, car dans les cas d'accident, il ne manque jamais d'assistants pour prier un médecin de vouloir bien venir donner des soins, sans les requérir.

Veuillez, monsieur le capitaine, etc. »

M. le capitaine de gendarmerie de Mamers, jeune officier d'une urbanité d'ailleurs parfaite, voulut bien venir m'entretenir à ce sujet quelques jours après. Après s'être assuré que, dans sa démarche, le gendarme n'avait manqué en aucune sorte aux convenances, il m'exprima la surprise que lui avait causée la lecture de ma lettre, à peu près en ces termes :

« Le personnel de la gendarmerie n'a point à
« se préoccuper des théories relatives à la dignité
« et à l'indépendance professionnelle du médecin,
« il n'a d'autre souci que l'observation stricte de
« son règlement : *en cas d'accident, assurer au*
« *blessé les secours nécessaires*. Le médecin est
« d'ailleurs libre d'accorder ou de refuser ses soins;
« la gendarmerie n'a ni à le féliciter ni à le blâmer
« ni à lui donner des ordres en cette circonstance,
« mais simplement à signaler le fait dans un rap-
« port; quant aux honoraires dûs au médecin, cela
« ne la regarde pas; en réclamant ses soins,
« accordés ou non, elle a observé son règlement,
« cela lui suffit parfaitement. »

Cette déclaration de M. le Capitaine ne m'apprit que ce que je savais depuis longtemps; je dois lui savoir néammoins beaucoup de gré de sa démarche qui n'était nullement obligatoire. Je regrette seulement, et très-sincèrement, que M. le Capitaine, en me quittant, ait cru devoir me faire observer « que le personnel de la gendarmerie se déran-
« geait aussi parfois la nuit, sans songer, pour cela
« à se plaindre, etc. »

Il serait oiseux de faire une trop facile réponse à cette observation regrettable, je préfère vous adresser les deux question pratiques suivantes :

1° Le médecin doit-il, dans les cas de ce genre, se refuser à obtempérer à toute réquisition d'un agent de l'autorité, sauf à accorder ses soins, sur la demande des parents du blessé ou des assistants, gratuitement ou non ?

2° S'il se rend à la réquisition de l'agent, réquisition dont la légalité ne saurait être reconnue par le médecin, cet agent doit-il être responsable des frais de déplacement, visite, pansement, rapport, etc. ?

Si cette dernière solution vous semble, comme à moi, la plus rationnelle, j'attends votre réponse pour soumettre le cas, qui se présente chaque jour, à la juridiction compétente.

Veuillez bien agréer, cher et très honoré directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués. Dr GAUTIER,

Médecin de l'hôpital civil et militaire de Mamers.

Réponse.

PREMIÈRE QUESTION. — *Oui, le médecin peut se refuser à la réquisition. — Reportez-vous au travail de M. Cauchy.*

Deuxième question. — Non. L'agent en question, le gendarme dans l'espèce, est irresponsable. C'est au médecin à refuser sa réquisition, comme il en a le droit.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS.

Diagnostic des Tumeurs cérébrales. — Dans l'une des séances de *l'American neusological association*, du mois de juin dernier, le Dr Ch. K. Mills, de Philadelphie, a lu une communication intéressante qui peut servir à élucider le diagnostic des tumeurs cérébrales. C'est l'histoire de douze cas observés par lui, et étudiés précisément au point de vue du diagnostic.

D'abord la *céphalalgie* a été notée dans tous les cas; quelquefois d'une intensité persistante, toujours avec des exacerbations d'une grande violence. — *La percussion du crâne*, pratiquée dans trois cas, augmentait la douleur dans la région correspondant au siége de la tumeur. L'auteur pense que la percussion du crâne peut être d'un grand secours dans la localisation des tumeurs.

Les vomissements furent notés huit fois sur douze; on n'en constata point dans les cas où la tumeur était située dans la région frontale.

Le vertige, avec étourdissements, tremblements, incertitude dans la marche et la station debout, fut rencontré dix fois, sur les douze cas. — *Le désordre mental*,

mais un désordre plutôt émotionnel qu'intellectuel proprement dit, fut noté dans tous les cas.

L'anesthésie, ou plutôt une sensibilité plus ou moins émoussée fut notée sept fois.

Des troubles intraoculaires furent trouvés dans huit cas, dont cinq avec décollement du disque, et trois avec névrite descendante. — *La température de la tête*, prise dans cinq cas, fut toujours trouvée au-dessus de la moyenne.

L'auteur tire de ses remarques les conclusions suivantes : 1o le diagnostic général des tumeurs intracrâniennes offre une plus grande certitude que celui des autres affections intracéphaliques, et il peut être basé sur la *céphalalgie*, la *percussion du crâne*, le *vertige*, les *vomissements*, le *décollement du disque ;* 2o le diagnostic local peut être fait avec de grandes probabilités par l'étude des symptômes qui se présentent dans certains cas et qui n'existent point dans d'autres cas, par exclusion ; 3o les tumeurs de la zône corticale motrice peuvent être découvertes de bonne heure, 4o les tumeurs des lobes frontaux peuvent être diagnostiqués par exclusion ; 5o les tumeurs des régions pariétales et occipitales peuvent fêtre diagnostiquées par les troubles sensoriels ; 6o les tumeurs volumineuses de la base du cerveau peuvent être facilement localisées ; 7o les tumeurs du cervelet peuvent également être diagnostiquées avec un haut degré de certitude.

Pour ce qui est du symptôme *céphalalgie*, il ne faudrait rien conclure de son absence ; car la céphalalgie étant ordinairement un symptôme de l'irritation des membranes du cerveau, il s'ensuivrait seulement que, si elle n'apparaît point, c'est que les enveloppes du cerveau ne sont pas envahies par la dégénérescence.

(Tiré du *Medical Record*, New-York, 1e juillet.)

*
* *

Traitement abortif des bubons, et de la mylphadénite en général, par les injections d'acide phénique.

Le Dr Morse Taylor, chirurgien-major de l'armée des États-Unis, est l'auteur d'un rapport sur ce sujet. Par traitement abortif, il entend l'arrêt immédiat et complet de l'inflammation de la glande, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause ; et, en même temps la disparition prompte et permanente de la douleur, ainsi que l'empêchement apporté à la formation du pus et des abcès. C'est une expérience de sept années, pendant lesquelles le Dr Taylor a traité environ cent cinquante cas de lymphadénite, tant spécifique que non spécifique, qui l'a conduit à rejeter tous les autres modes de traitement pour s'en tenir uniquement aux injections d'acide carbonique, ou phénique. Dans tous les cas traités par lui, quand les malades viennent le trouver avant la formation du pus, il affirme avoir toujours arrêté immédiatement le processus inflammatoire, et apaisé la douleur en quelques minutes, par l'injection de sa solution-type : vingt à trente gouttes d'une solution contenant quarante centigrammes d'acide pour trente grammes d'eau. Quand le pus est déjà formé, il l'évacue au moyen de l'aspiration, à moins qu'il n'y ait un abcès d'une grande étendue ; auquel cas il se borne à le vider en partie pour y injecter ensuite une certaine quantité de la solution. — Le Dr Taylor déclare également que son traitement donne aussi d'excellents résultats quand il y a des ouvertures spontanées. L'abcès doit être d'abord lavé soigneusement, et l'on applique ensuite un pansement par compression. Il préconise l'emploie de la pulvérisation d'éther avant l'injection, pour diminuer la sensibilité des tissus. L'injection doit être faite au centre de la tumeur, et à une profondeur égale environ aux deux tiers de son plus petit diamètre. — Le temps moyen après lequel les patients ont pu reprendre leur travail, n'a jamais dépassé trois ou quatre jours.

(*Medical Record*, New-York, 8 juillet.)

Action thérapeutique de la nitro-glycérine. — Le Dr Hammond, dans une communication faite à la société névrologique de New-Yorck, recommande la nitro-glycérine dans certaines formes de migraine et d'épilepsie. Il dit que, dans cette forme d'épilepsie connue sous le nom de *petit-mal*, alors que les bromures n'ont en général qu'une fort légère action curative, la nitro-glycérine, au contraire, est d'une efficacité particulière. Au début du traitement, il donne trois fois par jour une goutte d'une solution au centième ; puis, il augmente la dose d'une goutte tous les mois, de façon à faire prendre au patient, après un an de traitement, douze gouttes de la solution, trois fois par jour. — Dans la forme dite *état épileptique*, alors que les attaques, grandes ou petites, se succèdent avec une rapidité telle qu'il n'y a pas d'intervalle lucide, les résultats obtenus avec la nitro-glycérine ont été meilleurs que ceux même obtenus avec le nitrite d'amyle.

Dans la migraine typhique, l'auteur a obtenu de nombreux succès par cette méthode ; et il est d'avis qu'elle peut procurer une guérison radicale dans beaucoup de cas, et surtout dans les formes de céphalalgie dues à l'anémie. — Le Dr Kovcynski rapporte cinq cas d'angine de poitrine dans lesquels il obtint les résultats les plus satisfaisants par l'emploi de la nitro-glycérine. Quelle que soit la cause de l'angine de poitrine, avec ce remède, le soulagement est généralement certain. Les cas dans lesquels la maladie est causée, ou accommpagnée, par une lésion valvulaire chronique, un état athéromateur des vaisseaux, ou une dégénérescence du tissu musculaire du cœur, trouvent un soulagement rapide dans l'emploi de la nitro-glycérine. Si les accès sont dus à un manque ou à une perversion de l'innervation cardiaque, non seulement on peut les calmer, mais on peut en prévenir le retour d'une façon permanente, par l'administration continue du médicament.

(Tiré du *Canada medical and surgical journal*, Montréal, juin 1882.)

*
* *

Valeur de la contre-irritation dans les affections de l'oreille moyenne. — Le Dr Buck, auteur d'un article publé dans le *Journal américain d'Otologie*, pense que les cas dans lesquels la contre-irritation est utile sont ceux où l'on trouve les vaisseaux de l'oreille dmoyenne et du voisinage immédiat plus ou moins gorgé e sang, longtemps après la disparition de la douleurs dans la région malade. Il ne va pas jusqu'à attribuer à la contre-irritation seule toute vertu curative, mais il déclare qu'elle est un excellent adjuvant du traitement naso-pharyngien. Chez les enfants, on obtient une contre-irritation suffisante en badigeonnant une ou deux fois par jour avec la teinture d'iode la peau qui recouvre les apophyses mastoïdes. Aussitôt que ces applications deviennent douloureuses, on cesse pour reprendre au

bout de trois ou quatre jours. Chez les adultes, il est préférable de recourir de suite à l'application du vésicatoire ordinaire ou du collodion cantharidé. — Dans *l'otorrhée*, le Dr Burnett recommande l'emploi du *salicylate de chinoline*. Le chinoline, qui est tirée du coaltar est un poison pour les bactéries, même à la dose de vingt centigrammes pour cent grammes d'eau. Elle forme plusieurs sels, parmi lesquels le tartrate et le salicylate, qui sont tous deux incolores; ce dernier est une poudre amorphe, onctueuse, blanche et aromatique, tout-à-fait propre à l'insufflation; elle est désinfectante, détergente, ne cause aucune irritation et se montre aussi efficace que la résorcine. Son emploi fait disparaître en peu de temps l'inflammation de la muqueuse qui ne tarde pas à se nettoyer, et à cesser de produire du pus.

(Tiré du *New-York medical journal*, Juillet 1882).

* * *

Action physiologique et thérapeutique de l'atropine. — Le Dr Curtis Smith, à la suite d'une étude approfondie des effets de l'atropine, est arrivé aux conclusions suivantes :

1o L'atropine est un médicament très facile à administrer, mais dans l'emploi duquel il faut apporter le plus grand soin et la plus grande circonspection;

2o L'atropine, quand elle est employée à la dose voulue, c'est-à-dire en commençant par un demi-milligramme, soit en injections hypodermiques, soit à l'intérieur, n'est nullement un irritant pour l'estomac ou pour les tissus; — 3o c'est un des plus puissants stimulants du cerveau; — 4o elle a une influence spéciale sur les centres vaso-moteurs; — 5o elle est un puissant stimulant des fonctions cardiaques et pulmonaires; — 6o c'est un agent d'une grande valeur dans les dépressions profondes qui résultent de certaines formes de maladie ou des *chocs opératoires* ou accidentels — 7o c'est donc aussi un auxiliaire utile pour prévenir les résultats dangereux de l'anesthésie : aussi l'auteur recommande-t-il, après Von Græfe, d'injecter de cinq à huit dixièmes de milligramme d'atropine, avant d'employer les anesthésiques ; — 8o enfin c'est un des stimulants les plus sûrs et les plus efficaces dans les accidents qui résultent de l'insolation.

(Tiré du *Medical and surgical reporter*, Philadelphie, 10 juin 1882).

Dr POMBOURCQ

COURRIER

Diphthérite maligne ou infectante. Nouvelles conditions de son traitement. Résultats remarquables.

Dernièrement, dans une épidémie de diphthérie qui a sévi sur la commune de Noisy-le-Ro- (Seine-et-Oise) et sur quelques villages environnants, j'ai eu l'occasion d'appliquer un traitement en quelque sorte combiné. Les résultats exceptionnels que j'ai obtenus me déterminent à en faire l'exposé dans cette courte notice.

L'épidémie dont il s'agit a eu une durée de quatre mois et demi, pendant lesquels j'ai observé soixante et onze cas d'angine diphthéritique ou croup par l'extension du mal dans les voies respiratoires. La maladie qui, tout d'abord a pris naissance dans une école de garçons et une école de filles, s'est propagée avec une grande intensité et a pris un caractère mortel pour les cas où l'intervention n'était pas immédiate. Les résultats fournis par mon traitement furent alors si manifestes et si favorables, que je crois de mon devoir de le soumettre à l'attention publique, dans l'espoir que sa mise en application, dans des circonstances analogues, viendra confirmer les effets que j'en ai obtenus.

Je m'empresse de dire que les moyens employés ne sont pas nouveaux: ce qui constitue leur originalité, *c'est l'association de trois médicaments* connus qui, employés isolément, n'auraient pas eu, j'en ai la conviction, l'efficacité signalée.

Le traitement que j'ai fait suivre a été le suivant: 1° Chlorate de potasse à l'intérieur, 2o Gargarismes au Coaltar saponiné; 3o Badigeonnage des amygdales avec une solution de perchlorure de fer. Je ne fais usage de vomitifs que dans les cas de croup, et je ne me sers *jamais* de cautérisation au nitrate d'argent. Je recommande aux malades le régime le plus fortifiant possible.

L'application du traitement que je viens d'indiquer m'a donné les résultats suivants : sur soixante-et-onze malades, quatre cas de décès et soixante-sept guérisons sur lesquelles deux on été obtenues à l'aide de la trachéotomie (procédé du Dr Saint-Germain.) Ces résultats sont évidemment très heureux; je dois ajouter, cependant, qu'ils auraient pu être encore plus importants. Il suffira, en effet, de faire remarquer que, sur les quatre décès, il se trouve un seul sujet auquel les soins nécessaires aient été donnés en temps utile.

J'ai été appelé au lit des trois autres malades alors seulement que la situation était absolument désespérée et la trachéotomie même, que j'ai cru devoir tenter sur l'un deux, ne pouvait donner qu'une solution défavorable.

TRAITEMENT. 1° *Chlorate de potasse*. Ce médicament, que préconisait si vivement le regretté Dr Isambert, agit incontestablement d'une manière très favorable, je l'emploie suivant l'âge des malades à la dose de 0,50 centigr. jusqu'à 4 ou 5 grammes par jour dans une potion gommeuse.

2° *Coaltar*. Depuis quinze ans, je me suis conformé, pour son emploi, aux recommandations du Professeur Bouchut, et je n'ai jamais cessé d'en obtenir un excellent résultat. Je le donne à la dose d'une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède simple ou de guimauve, et le fais prendre en gargarisme toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure. Pour les enfants trop jeunes ou difficiles, on peut se servir d'une petite seringue à l'aide de laquelle on envoie la solution au fond de la gorge alors même que les dents restent

serrées. L'enfant peut avaler le liquide sans qu'il en résulte le moindre inconvénient.

3° *Perchlorure de fer*. L'efficacité de ce remède est incontestable, à la condition toutefois qu'il ne soit *exclusivement* employé qu'à *l'extérieur*. Il suffit d'en faire usage une ou deux fois par jour, avec un pinceau légèrement trempé dans une solution ordinaire à 30°. L'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur, comme le voulait jadis Aubrun, provoque bien souvent l'albuminurie qui est tant redoutée dans le cours de la diphthérie.

Le badigeonnage des membranes avec la solution dont il s'agit offre de précieux avantages, principalement en raison des propriétés hémostatiques du perchlorure. En outre, son goût est en général facilement toléré, même par les enfants difficiles, et surtout si l'on a soin de faire rincer la bouche aussitôt après chaque cautérisation.

Les trois moyens que je viens d'indiquer et qui, je le répète, ne sont nullement nouveaux, doivent, pour donner des résultats certains, être employés simultanément. Il m'a été donné en effet de constater à différentes reprises que la maladie ne tardait pas à s'aggraver, si l'on négligeait l'usage de l'un des trois médicaments en question.

Afin de ne pas paraître me renfermer dans un choix exclusif et systématique, j'ai voulu faire l'essai de traitements anciens aussi bien que des plus modernes — tels que la papaïne, la pilocarpine: mais les résultats obtenus ont été si peu favorables que j'ai dû en revenir en toute hâte à ma méthode ordinaire, au grand soulagement de mes malades.

Avant de terminer cette notice, je désire poser la question suivante : La diphthérie ne frappe-t-elle *qu'une seule fois* le même individu? Dans la longue épidémie que je viens de traverser, je n'ai jamais observé qu'une même personne ait été atteinte à deux reprises différentes. Cette immunité — si tant est qu'elle existe — est-elle absolue ou simplement relative? D[r] Alexandre OKINCZYC.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

L'ASSOCIATION ET LES SYNDICATS.

Nous rendons pleine justice à l'*Association générale* des médecins de France qui a fait tout ce qu'elle pouvait pour provoquer la réforme des lois qui régissent encore aujourd'hui l'exercice de la médecine. Mais, dans les circonstances où elle a exercé son action, il n'était pas possible de modifier avantageusement la déplorable situation du corps médical. Nous avons précédemment énuméré et étudié un certain nombre des causes qui devaient fatalement faire aboutir toutes ses tentatives à un insuccès éclatant. C'est ainsi que, même à l'époque où Rayer, alors son Président, jouissait auprès du MAITRE, d'un crédit presque sans bornes, les lois de l'an XI, purent rester debout malgré les récriminations qui s'élevaient contre elles de toute part.

C'est que, en dehors des causes que nous avons énumérées et en dehors de l'Association elle-même, il existe des circonstances particulières et puissantes que nous devons parfaitement connaître, si nous voulons pouvoir, un jour, grouper à notre avantage tous les éléments qui assurent le succès. Nous voulons parler de ces nombreux préjugés qui sont en quelque sorte une partie intégrante des mœurs de l'époque. Ce sont ces préjugés, ces mœurs qu'il faut d'abord modifier. Or, ainsi que le fait remarquer Montesquieu *(Esprit des lois*, livre XIX, chp. XIV), si on veut changer les mœurs et les manières, il faut les changer par d'autres mœurs et d'autres manières. Nous n'aurons une bonne législation touchant l'exercice de la médecine que, lorsque les lois ne feront, en quelque sorte, qu'enregistrer ce qui déjà sera dans les mœurs.

C'est donc une œuvre de temps, de patience et surtout d'excessive prudence que nous devons poursuivre. Les institutions ne sauraient, du jour au lendemain, être renversées et remplacées par de nouvelles, destinées à disparaître, à leur tour, au caprice du hasard. En poursuivant des réformes, nous devons les vouloir justes, c'est-à-dire de nature à sauvegarder les droits de chacun : ceux du médecin qui donne son temps, sa science et souvent même, sa vie — ceux de la société qui doit pouvoir compter sur le dévouement de chacun de ses membres en échange de la protection qu'elle lui accorde.

Ainsi, faisons comprendre aux masses, qu'il est de l'intérêt de l'ordre social, d'avoir des médecins capables, instruits, consciencieux, et que, par conséquent, ils doivent être rémunérés de leurs peines et soins d'une manière convenable et digne. Sinon, la profession médicale sera de plus en plus abandonnée par les hommes d'élite qui chercheront, dans une autre carrière moins ingrate, — et seront certains de les y rencontrer — les moyens de conquérir une situation digne de leurs talents.

Eclairons, les magistrats qui paraissent trop volontiers prendre, en quelque sorte, parti pour tous ceux qui envahissent illégalement la pratique médicale et, parfois, refusent d'exercer les poursuites qui leur sont demandées. A ce sujet nous lisons dans l'*Annuaire de l'Association (exercice* 1864, *p*. 110), le fait suivant rapporté par M. Amédée Latour : « J'ai lu dans un de vos comptes « rendus que la commission administrative d'une de nos « sociétés locales, faisait de pressantes instances auprès « d'un Procureur impérial pour réprimer l'exercice illé- « gal trop ardent d'une religieuse. Vaines instances; et « savez-vous ce que, poussé à bout, répondit ce magis- « trat à d'honnêtes et savants médecins : « Non, je ne « poursuivrai pas cette religieuse, *car elle sauve ses ma- « lades, et les médecins les tuent*. »

Les religieuses sauvent leurs malades!... Que nos lecteurs veuillent bien se reporter au numéro 39 du *Concours* de l'année dernière et ils verront comment les religieuses de Port-d'Envaux (Charente-Inférieure) s'y prenaient, depuis *vingt ans*, pour guérir, avec le remède de la sœur Théophile, de pauvres petits enfants atteints, du reste, d'affections légères. Dans l'espace de quelques heures, ces tristes victimes succombaient avec tous les symptômes d'un choléra rapide : on les avait empoisonnées avec le chlorate de potasse administré à doses énormes et d'une manière insensée!! Il est vrai de dire que M. le Procureur de la République, dans un réquisitoire remarquable et plein d'énergie, réclama contre la religieuse coupable, l'application d'une peine sévère qui, du reste, fut prononcée, à la grande consternation

des amis et partisans des bonnes sœurs désolés de ne pouvoir désormais se procurer *le Remède*.

On n'a pas oublié, je pense, ce qui se passa à Toulon en 1878. (Voir *Annuaire*, exercice 1879, p. 69). « Un « charlatan effronté, dit l'honorable M. Chapuis, pré- « dent de la Société locale, non content de la place « publique, son véritable théâtre, en outre des visites « bien rétribuées qu'il daignait faire en ville, dans un « pompeux équipage, avait ouvert chez lui un cabinet « de consultation, où se pressaient en foule même les « personnes les plus distinguées de la Société.....

« Les tribunaux accueillirent à grand'peine les plaintes « réitérées de votre Président qui eut à subir bien des « ennuis, et entre autres celui de comparaître à côté de « ce charlatan ; et tout cela pour aboutir à une condam- « nation dérisoire suivie, à la sortie du tribunal, de « l'ovation enthousiaste d'une population en délire qui, « par contre, m'aurait fait un très mauvais parti si je « n'avais eu l'heureuse inspiration de m'esquiver avant « le dénouement.

« La société des pharmaciens qui, dans cette circons- « tance, faisait cause commune avec nous et s'était « portée partie civile, en demandant des dommages-inté- « rêts pour vente illégale de médicaments, fut déboutée « de sa demande et condamnée aux dépens, malgré l'élo- « quence de son avocat. »

Dans un remarquable rapport lu par M. Martineau, au nom de M. Amédée Latour, empêché par la maladie d'assister à la séance de l'Association générale du 20 avril 1879, l'honorable Secrétaire général s'exprimait ainsi :

« Faites d'abord comprendre au juge qu'il se rend « complice d'un délit social en n'infligeant qu'une peine « dérisoire ;

« Donnez au prêtre cette conviction qu'il charge sa « conscience en prescrivant des remèdes dont il ne con- « naît ni la composition ni la puissance;

« Inquiétez la religieuse, en lui montrant que s'ingérer « dans des pratiques médicales dont elle ne peut appré- « cier ni la nature, ni l'opportunité, c'est commettre un « gros péché ;

« Faites voir au pharmacien qu'il commet une usur- « pation malhonnête et malfaisante en ne bornant pas son « rôle à exécuter les prescriptions du praticien ;

« Instruisez suffisamment le peuple, pour qu'il sache « discerner le praticien honnête du médicastre ignorant « et cupide ;

« Dissipez enfin les préjugés ; faites taire les préven- « tions ; réprimez les honteuses manœuvres du charlata- « nisme ; éclairez l'ignorance, imposez un frein à la cupi- « dité ; en un mot, changez les tendances et les mœurs « de la Société actuelle..... »

Tel est le but que les syndicats doivent se proposer d'atteindre. Nous verrons qu'il leur est possible de réussir, dans cette œuvre considérable, en réalisant un certain nombre de conditions dont l'étude va main tenant nous occuper. Dr AD. BARAT-DULAURIER,

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

VARIÉTÉS

Mouvement de la population chez les Juifs.

En général, en Europe, les accroissements des catholiques, des protestants et des juifs sont entre eux comme 1, 2, 3. En Autriche et en France, l'accroissement des juifs est quatre fois et sept fois plus rapide que celui de la population catholique.

Cet accroissement plus rapide de la population israélite n'est pas en rapport avec la natalité qui, dans la plupart des pays, est inférieure à celle des catholiques et des protestants. D'autre part, la natalité illégitime des juifs est de beaucoup inférieure à celle des autres habitants. Or, comme la mortalité des enfants sévit tout particulièrement sur la catégorie des enfants illégitimes, il résulte, en définitive, que les juifs ont moins d'enfants que les catholiques et les protestants, mais ils en conservent un plus grand nombre.

Autre fait curieux que nous continuons d'emprunter au savant mémoire présenté par le docteur Lagneau à l'Académie des Sciences morales et politiques :

Dans la population chrétienne, en général, le nombre des garçons est sensiblement égal à celui des filles, avec une très légère différence en faveur des premiers. Le rapport du nombre des garçons et du nombre des filles chez les catholiques, les protestants et les autres habitants, est de 105 à 100. Chez les juifs de la plupart des pays, de Russie, de Prusse, d'Autriche, de Hongrie, de Vérone, la proportion s'élève de 110 à 120 et 130 garçons pour 100 filles. Cette prédominance si remarquable des garçons sur les filles dans les naissances juives tient vraisemblablement, dit M. Lagneau, au jeune âge des parents; car les juifs hommes et femmes se marient en grand nombre avant 20 et 25 ans; ces unions précoces, étudiées dans d'autres collectivités démographiques, notamment en Angleterre, ont déjà paru donner proportionnellement beaucoup plus de garçons que de filles.

(*Lyon Médical*).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

16 Septembre 1882 — 4me Année. — N° 37

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS. — L'Assemblée générale des membres de la Société civile du *Concours médical* est fixée au dimanche 17 septembre, à quatre heures du soir très précises, *dans les salons du Grand Véfour*, au Palais-Royal.

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères qui se proposent d'assister à la réunion et au repas, *de nous en donner avis dans le plus bref délai possible*, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

BULLETIN

Dans un de nos derniers Bulletins, nous avons rendu compte des essais tentés par M. Vulpian pour trouver expérimentalement l'agent thérapeutique capable de détruire, dans le tube digestif le ferment auquel on attribue l'origine de la fièvre typhoïde. Aux divers médicaments étudiés par M. Vulpian, M. *Duboué* (de Pau) vient en ajouter un nouveau, l'Ergot de seigle, dont l'auteur étudie depuis sept ans les effets dans le cours de cette maladie. Pour M. Duboué, l'ergot de seigle est, de tous les médicaments employés jusqu'ici, le plus efficace pour combattre les différentes formes, même les plus graves, de la fièvre typhoïde; il serait, en outre, applicable à toutes les périodes et à tous les cas. M. Duboué ne nous fait pas connaître, dans sa communication, les considérations théoriques qui l'ont amené à se servir de cet agent à l'exclusion de tout autre, il se contente de résumer ainsi les règles qui doivent présider à son emploi : Avant de l'administrer, il faut s'assurer que les grains d'ergot n'ont subi aucune altération et présentent bien leur aspect normal; puis on les pulvérise avec du sucre, et la poudre est prise soit dans du pain azyme, soit dans de l'eau pure ou sucrée, dans du vin, du lait, du bouillon ou un sirop quelconque. La quantité moyenne du médi-

cament est de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour pour un adulte, et de 0,40 à 1 gramme pour les enfants de six à douze ans : cette dose doit être fragmentée en quatre, six ou huit prises dans les vingt-quatre heures, et l'on administrera chaque prise, autant que possible, avant l'ingestion d'aliments ou de boissons. On se guidera d'ailleurs pour l'augmentation ou la diminution des doses sur la température et l'état général du malade. — La grossesse n'est pas une contre-indication ; elle commande seulement d'apporter un peu plus de prudence et d'attention dans la progression successive des doses à ordonner.

N'ayant par nous-même aucune expérience de ce *nouveau traitement de la fièvre typhoïde*, nous ne pouvons qu'en proposer l'essai à nos confrères, en nous bornant à attirer leurs réflexions sur la tendance générale qui semble nous porter aujourd'hui plus que jamais à appliquer au traitement des maladies les plus différentes l'usage d'un seul et même agent. Puis, quand *le médicament à la mode* a fait le tour de la pathologie, on s'aperçoit qu'il en faut bien rabattre des espérances que l'on avait d'abord conçues, et l'on finit par le mettre purement et simplement à la place que ses propriétés réelles lui avaient assignées dans le cadre de la thérapeutique. C'est ainsi que, depuis peu de temps, nous avons assisté à la fortune variée d'un grand nombre de médicaments qui sont d'ailleurs restés d'excellents agents thérapeutiques, toutes les fois que l'on a bien voulu limiter leur emploi aux indications tirées de la connaissance exacte de leurs effets physiologiques. Nous comprenons donc qu'il y ait des cas de fièvre typhoïde dans lesquels l'élévation de la température justifiera l'emploi de l'acide salicylique ; des cas où l'action de l'ergot de seigle sur les fibres musculaires lisses pourra réprimer certains désordres de la circulation : Gubler n'avait-il pas déjà reconnu *l'action tonique* de l'ergot sur le système vasculaire? Mais nous ne pensons pas qu'on puisse arriver à trouver *le remède* de la fièvre typhoïde; jusqu'à nouvel ordre, nous continuerons donc à prescrire un traitement varié suivant les différentes formes de la maladie, et basé sur les symptômes qu'elle présente à notre observation.

M. Martineau a donné lecture d'un travail sur la *Bactéridie syphilitique* et sur *L'évolution syphilitique chez le porc.* — M. de *Piétra-Santa*, dans un travail intitulé : *La fièvre typhoïde à Paris*, s'est efforcé de combattre les idées très répandues parmi les médecins sur l'origine fécale de cette maladie. Ces deux mémoires inédits doivent être chacun l'objet d'uu rapport spécial ; nous attendrons la discusion pour en rendre compte à nos lecteurs en connaissance de cause.

L'Académie vient de perdre encore un de ses membres distingués, M. le Dr Woillez, médecin des hôpitaux, connu surtout par ses ouvrages sur le diagnostic médical et sur la percussion et l'auscultation.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DES USAGES ET DE L'ABUS DE LA MORPHINE.

Je serais tenté de prendre pour épigraphe à cette étude l'antique apologue d'Ésope sur la langue et de répéter à propos de la morphine : « On ne saurait en dire ni trop de bien, ni trop de mal ; c'est quelquefois ce qu'il y a de pire, c'est souvent ce qu'il y a de meilleur. »

En effet, je repasse dans ma mémoire tant de circonstances dans lesquelles il m'a été donné, comme à tout médecin, de faire cesser les souffrances les plus cruelles par l'emploi de la morphine, — et je ne trouve pas d'épithète assez laudative pour le modeste pharmacien d'Einbeck en Hanovre, Sertuerner, qui, complétant les recherches de Derosne et Séguin, a définitivement isolé, en 1816, et mis à la disposition des thérapeutistes le plus précieux des alcaloïdes de l'opium.

Par contre, j'envisage tous les accidents qui découlent de l'usage intempestif de la morphine ; je me retrace le sombre tableau du morphinisme chronique, auquel conduit cette *morphiomanie*, si répandue maintenant qu'on a été obligé, en Allemagne, de construire des hôpitaux spéciaux pour le traitement des morphiomanes, — et me voilà prêt à souscrire à la conclusion de M. Landowski : « Il faut que le public sache qu'il est difficile, dans l'espèce, de délimiter l'abus du besoin, et que l'abus de la morphine produit sûrement une dégradation physique et morale de l'individu, et avec le temps, en se propageant de génération en génération, l'abaissement des peuples. » (1).

(1) Journal de thérapeutique, et Congrès de la Rochelle, 1882.

C'est donc une question bien complexe que celle des indications et des contre-indications de la thérapeutique morphinique, ce ne serait pas trop, pour la résoudre, que l'expérience consommée d'un vieux praticien, et, si je l'aborde aujourd'hui, ce n'est pas sans hésitation; je me décide surtout à le faire, parce que de récentes publications font du sujet une actualité à laquelle ne peut se dérober la critique. Je ne prétends point fournir une étude thérapentique complète; je dirai certains faits que j'ai vus, j'en rapporterai d'autres que j'ai recueillis de la bouche de maîtres éminents, et les lecteurs verront ce qu'ils en pourront conclure.

I

De tous les modes d'administration de la morphine, celui qui présente le plus d'intérêt, à quelque point de vue qu'on se place, — favorable ou hostile au médicament, — c'est l'injection hypodermique. C'est, en effet, d'une part, le procédé permettant de faire pénétrer le plus rapidement possible dans l'économie la bienfaisante substance qui va supprimer la douleur névralgique, faire cesser l'accès d'asthme ou de dyspnée; c'est aussi, d'autre part, la méthode qui va permettre au morphiomane de s'intoxiquer tout seul, à loisir, et de savourer à toute heure sa dangereuse passion, sans avoir à subir de son médecin ni objection, ni contrôle.

Ne porte-t-il pas toujours dans sa poche le charmant joujou de Pravaz, si léger, si commode et si élégant qu'on s'étonne de lui voir porter le même nom que les engins pesants et disgracieux devant lesquels s'enfuit M. de Pourceaugnac? Tout vrai morphiomane ne conserve-t-il pas parm ises papiers les plus précieux l'ordonnance prescrite un jour, il y a longtemps, par le docteur, et sur la présentation de laquelle le pharmacien complaisant renouvelle sans cesse la solution bien vite épuisée? Il fut un temps où l'achat de l'instrument arrêtait encore les plus pauvres; mais aujourd'hui, grâce à la concurrence, les prix ont tellement baissé que, deux journées de travail de la plus pauvre ouvrière lui permettront l'acquisition de l'objet convoité, moins joli à voir sans doute, mais suffisant pour qu'elle puisse « se piquer à la morphine », comme la plus opulente hystérique de l'aristocratie.

Bref, l'injection de morphine, c'est toute l'histoire de la morphine; l'incomparable bienfait médical, le mal social imminent, — ce mot ne parait pas trop fort après la lecture des travaux de Lewinstein (1) et de Landowski, — tout est là.

II

Chacun sait — ou croit savoir — faire une injection de morphine; si je mets cette restriction, c'est que l'omission, plus ou moins volontaire, de certaines PRÉCAUTIONS rend parfois cette petite manœuvre plus douloureuse qu'il ne convient et peut entraîner des accidents locaux de quelque importance. Au point de vue douleur, il faut bien admettre que le résultat diffère quelque peu aux yeux du patient suivant la personne qui fait l'injection; car nous avons tous, je pense, rencontré des malades qui, ayant reçu des injections de plusieurs personnes, médicales ou non, de leur entourage montraient une préférence marquée pour certaine d'entre elles.

Les *conditions à remplir* me paraissent être de commencer avec une grande douceur; si on fait un pli préalable à la peau, de ne pas aller jusqu'à causer un pincement douloureux; d'enfoncer au contraire vivement et franchement l'aiguille, pour abréger autant que possible le seul temps pénible de l'opération, et tout en parlant au malade pour détourner son attention, surtout quand il subit pour la première fois la piqûre, quand c'est un enfant ou une femme pusillanime; enfin, de pousser le piston avec lenteur. Je suppose qu'on n'a pas omis de purger la seringue de la bulle d'air qu'elle contient presque toujours, de vérifier la perméabilité de l'aiguille, en chassant une ou deux gouttes de liquide, et de l'essuyer soigneusement.

Ce sont là, dira-t-on, de bien minces détails: sans doute; si minces soient-ils, je crois qu'on éviterait quelques ennuis parfois, en ne les négligeant pas; plus d'un abcès, voire d'un phlegmon, qu'on attribue à l'état des tissus, dépend plutôt de celui de l'insrument, ou de ce que la pointe n'a pas été conduite jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En revanche, je ne trouve pas bien nécessaire de retirer le corps de pompe, comme le conseille M. Besnier (1), pour s'assurer qu'on n'a pas piqué une veine et le réappliquer ensuite; car, par ce procédé, on injecte forcément une certaine quantité d'air qui augmente la douleur et le volume de la boule d'œdème. On est tout aussi certain de ne pas être en communication avec un vaisseau, quand on ne voit pas le liquide contenu dans le corps de pompe se colorer par du sang, et qu'on sent la pointe assez mobile dans le tissu sous-cutané.

Quelques médecins opèrent plus rapidement, et plus brillamment peut-être, en enfonçant hardiment, profondément, et perpendiculairement, l'aiguille d'une seule main à travers les téguments: il m'a semblé que les malades ne préféraient pas cette méthode.

III

La *nature de la solution* employée n'est pas sans importance. Dans les hôpitaux on emploie en général des solutions étendues, au cinquantième par exemple. La plupart des praticiens de la ville usent au contraire de solutions concentrées, au vingt-cinquième. Pour éviter l'apparition des mucédinées qui se développent dans l'eau simple, troublent la solution et la rendent irri-

(1) Berliner Klin. Wochens 1875 et 1877. — Die Morphiumsucht.

(1) Société de Thérapeutique 1877.

tante, tout en altérant les propriétés de la morphine, on emploie souvent l'eau de laurier-cerise comme excipient. Dujardin-Beaumetz conseille de formuler ;

Chlorhydrate de morphine	1 gramme.
Eau de laurier-cerise	50 —

ce qui donne 2 centigrammes de la substance active par seringue contenant 1 gramme. Plus souvent il associe la morphine à l'atropine, ne croyant pas à l'antagonisme thérapeutique de ces deux médicaments, et pensant obtenir par cette association des résultats plus actifs que par la morphine seule. Il emploie alors la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine	10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine	1 centigramme.
Eau de laurier-cerise	20 grammes.

Delioux de Savignac, reprochant à l'eau de laurier-cerise de s'oxyder au contact de l'air et, par suite de son acidité, de causer plus de douleur, proposa l'eau de menthe et de cannelle comme véhicule; Gubler tenait pour l'eau distillée d'Eucalyptus globulus. Adrian et Constantin Paul adoptent un mélange de glycérine, d'alcool et d'eau; il est rare d'obtenir la glycérine parfaitement pure, et elle est douloureuse quand elle est acide. On a recommandé encore l'eau distillée d'Ulmaire (Patrouillard), une solution d'acide salicylique au deux millièmes (Limousin). Il y en a donc pour tous les goûts.

Le *lieu de la piqûre* variera suivant diverses circonstances. M. Vibert recommande le ventre comme le point du corps le plus favorable; chez les jeunes filles, les femmes, il est préférable, à moins d'indications particulières, de choisir la face dorsale de l'avant-bras ou du bras, qui présente l'avantage de contenir moins de filets nerveux cutanés et d'être par conséquent d'une moindre sensibilité. En cas de névralgie localisée, autant vaut se rapprocher le plus possible du point douloureux pour joindre le bénéfice de l'action locale à celui de l'analgésie générale. Contre la dyspnée et la cardialgie, les espaces intercostaux, la région précordiale sont indiqués.

Une recommandation, essentielle à une première injection, est de *tâter la susceptibilité du sujet* pour la morphine; on sait combien il y a d'écart possible entre les limites extrêmes à ce point de vue, et nous avons déjà dit à quel point chez les névropathes, neurasthéniques et hystériques, la tolérance des médicaments était variable. Cinq milligrammes suffiront pour la première fois; mieux vaut répéter l'injection à bref délai, si la dose est insuffisante pour obtenir l'effet voulu, que de s'exposer à regretter de l'avoir dépassé.

M. Vibert (1) conseille de se guider sur le resserrement de la pupille, qui est proportionnel à la quantité de morphine injectée, et, lorsque on constate que le cercle pupillaire est immobilisé, indifférent à la présence ou à l'absence de la lumière, on doit conclure que le remède a atteint le summum de son action et qu'il est prudent de ne pas pousser plus loin la médication.

(1) Journal de thérapeutique (1876).

Le *moment* auquel on peut faire l'injection est une affaire de cas particulier; en cas d'urgence, nécessitée par une douleur intense, il faut agir de suite, le malade vint-il de manger et dût-il vomir peu après ses aliments. S'il s'agit d'une affection chronique, on peut s'arranger pour s'éloigner de l'heure du repas et avoir égard aux convenances particulières du malade ou de son entourage. D'ailleurs la question des *vomissements* qui suivent parfois les injections de morphine est loin d'être tranchée; beaucoup de médecins pensent qu'ils dépendent surtout de la disposition individuelle; ceux qui ressentent des nausées les éprouvent aussi bien à jeun et aux plus faibles doses, tandis que pour les autres, l'injection d'une dose, même élevée, aussitôt après le repas, n'est suivie d'aucun état nauséux. On a conseillé l'association de l'atropine à la morphine pour combattre les vomissements.

IV.

Toutes généralités écartées, le moment est venu d'aborder les INDICATIONS de l'injection de morphine.

La première de toutes et la moins discutable, c'est la *douleur*, particulièrement quand elle offre le caractère névralgique ; plus elle est intense, plus il est urgent de la supprimer, puisqu'il est même des circonstances où, par son intensité même, elle devient vraisemblablement une cause de mort. Tel est, suivant notre opinion du moins, le cas de *l'angine de poitrine* ; nous avons l'an dernier insisté longuement sur l'utilité de l'injection de morphine en cas d'accès intense de cardialgie, et nous nous sommes efforcé de réfuter, en analysant les éléments constituants du syndrôme angineux, les accusations auxquelles cette thérapeutique a été en butte à un certain moment. Quand les accès cardialgiques sont symptomatiques d'une insuffisance aortique, nous y voyons une indication de plus à l'emploi de la morphine, puisque l'opium est, pour nous comme pour nos maîtres, et nous le redirons plus loin, le médicament le plus utile aux cardiopathies aortiques.

La *colique hépatique*, la *colique néphrétique*, états dans lesquels la douleur est aussi le phénomène prédominant, réclament au premier chef l'injection de morphine ; il s'agit de gagner du temps, de soulager l'atroce souffrance qui entraîne à sa suite un cortège bruyant d'accidents réflexes jusqu'à ce que le corps étranger, calcul ou autre, ait franchi le conduit où il s'est engagé. On obtient vraisemblablement aussi un autre avantage, celui de faciliter le cheminement et l'expulsion dudit corps étranger, en faisant cesser ou en diminuant le spasme réflexe des parois contractiles du canal biliaire ou urinaire, entretenu par la douleur. Que la morphine ait une action antispasmodique directe et réelle, ou qu'elle n'agisse qu'indirectement sur le spasme à titre

d'analgésique, on n'en réussit pas moins à rompre le cercle vicieux constitué par la présence du corps étranger, la douleur et le spasme.

Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que nous avons déjà signalé à propos de certaines métrorrhagies à forme névralgique, et c'est un théorème applicable à toutes les congestions, inflammations, causées ou entretenues par des phénomènes douloureux.

La douleur peut être le premier anneau de la chaîne morbide : *ubi dolor, ubi fluxus*, et la congestion suit; de la congestion à l'hémorrhagie il n'y a que l'épaisseur d'une paroi vasculaire surdistendue et susceptible de se rompre; entre la congestion et l'inflammation, il n'y a d'autre différence que la prolongation d'un état anormal et exagéré d'hyperhémie favorisant dans les tissus envahis des modifications cellulaires (exsudats plus ou moins plastiques). — D'autres fois la douleur peut n'apparaître que consécutivement à la congestion ou à l'inflammation; mais, dès qu'elle existe, elle réagit sur celles-ci en les accroissant et en les entretenant. Supprimez la douleur, vous amènerez la sédation des phénomènes fluxionnaires.

Telle est l'explication, assez satisfaisante en somme, qu'on peut invoquer pour justifier ce fait incontestable de clinique thérapeutique, la guérison, sous l'influence de l'opium, et particulièrement de la morphine, de certaines hémorrhagies et inflammations accompagnées de phénomènes douloureux très marqués : métrorrhagies, angines névralgiques (Huchard), épistaxis, hémoptysies (G. Sée), etc.

Voilà les principales applications de l'action analgésique de la morphine. Mais, en dehors de ces cas, ce serait une faute de s'en tenir purement et simplement, pour traiter les névralgies en général, à l'usage de la morphine; il ne faut pas perdre de vue que derrière le plus grand nombre de névralgies une cause diathésique ou générale existe; le médecin vraiment digne de ce nom doit savoir la dépister et la traiter spécialement, s'il tient à mériter le titre de « serviteur et interprète de la nature, » ambitionné par les plus grands maîtres dans l'art de guérir.

Celui qui, soignant une hystérique, se contentera de poursuivre, la seringue à la main, les manifestations névralgiques en tous les points du corps où elles iront successivement se réfugier avec une mobilité désespérante, celui-là fera une besogne peut être lucrative, mais à coup sûr stérile et médiocrement intelligente; il en sera de même vis-à-vis d'une chlorotique, d'un saturnin, d'un syphilitique, d'un diabétique, d'un goutteux, ou d'un impaludique. Dans tous ces cas là, c'est à la cause qu'il faut s'attaquer bien évidemment; l'injection de morphine ne sera alors qu'un palliatif, essentiellement temporaire, et non un moyen curatif, si on n'emploie pas concurremment l'hydrothérapie, le fer, l'arsenic, le mercure, l'iodure de potassium, le régime lacté, les alcalins, l'arsenic, le sulfate de quinine.

C'est en méconnaissant cette vérité éclatante, élémentaire même, mais pourtant, hélas ! trop souvent oubliée pour un motif ou un autre, que l'on conduit peu à peu des malades à la morphiomanie la plus invétérée ; car l'injection de morphine, qui soulage un instant, mais ne guérit pas toutes ces névralgies d'origine dyscrasique, devient de plus en plus indispensable au malade. Or, qu'un infortuné ataxique, en proie aux douleurs fulgurantes, arrive à se cachectiser par la morphine, puisque sa myélite n'est pas curable, il n'y a pas lieu de le regretter trop ; pourvu qu'il cesse de souffrir, on doit s'estimer satisfait ; mais vraiment c'est grande pitié de laisser une hystérique devenir morphiomane, quand on pourrait la guérir ou l'amender par l'hydrothérapie, les toniques et l'électricité.

(*à suivre*). Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Un mot sur l'exercice illégal de la médecine par les sages-femmes.

Par le Dr CH. LIEGEOIS
(*de Bainville-aux-saules (Vosges)*,

Membre du « Concours médical. »

Nous avons tous lu, dans le n° 19 (samedi 13 mai 1882) du *Concours médical*, l'excellent rapport présenté, avec une rare compétence, à MM. les médecins sénateurs et députés, par un distingué confrère qui poursuit avec une louable ardeur les revendications législatives du corps médical, j'ai nommé le Dr Jules Geoffroy. Une part importante de ce rapport est consacrée à l'exercice illégal de la médecine, j'y relève, pour l'instant, les lignes suivantes : « Un des obstacles les plus sérieux qui s'opposent à ce que les campagnes soient suffisamment peuplées de médecins, et qui empêchent les docteurs de s'établir dans nombre de communes, c'est l'exercice illégal par les sorciers, rebouteurs, etc., etc... ».

Ces paroles ne sauraient être taxées d'exagération par un médecin des Vosges, département où l'exercice illégal constitue, depuis longtemps, un scandaleux abus. Tous mes confrères savent très bien que, quand ils ont passé deux ou trois heures à réduire une fracture ou une luxation, à apposer, au prix de mille difficultés (car les ressources dont on dispose sont le plus souvent nulles) un appareil plus ou moins compliqué, leur blessé se fait hisser le lendemain sur une voiture et transporter chez un maréchal-ferrant de la contrée, un sujet d'une force brutale, aigri par les libations, qui monopolise en quelque sorte toute la chirurgie des fractures et des luxations, au grand détriment des médecins ambiants et surtout pour le plus grand

mal des ignorants ou des crédules qui s'adressent à lui. Il me serait facile d'écrire sur ce point un curieux articleplein d'enseignements.

Aujourd'hui, je veux seulement dire quelques mots de l'exercice illégal de la médecine par les sages-femmes dont quelques-unes sont des parasites du médecin de campagne, aussi dangereuses à attaquer, aussi difficiles à atteindre que les sorciers, rebouteurs et autres. Oui, celles-là sont encore une des plaies de la médecine des villages; j'entends des confrères dire : et aussi des villes.

Quels sont les droits et les devoirs des sages-femmes? Leurs droits et leurs devoirs? Ils découlent des termes mêmes de l'article trente-deux de la loi du 19 ventôse an XI. Cet article est ainsi conçu:

Art. 32. — Elles (les sages-femmes) seront examinées par les juges sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier.

En conséquence, les sages-femmes ont le droit et le devoir de pratiquer les accouchements, mais les accouchements simples, car :

Art. 33. — Elles ne peuvent employer les instruments, dans les cas d'accouchements laborieux, sans appeler un docteur ou un médecin ou chirurgien anciennement reçu.

D'après l'article trente-deux, elles ont le droit et le *devoir de remédier* aux accidents qu'éprouve une femme pendant sa grossesse, pendant son accouchement, durant la puerpéralité ! Et cependant le tribunal de Laon, en 1863, condamnait à trois mois de prison une sage-femme qui, au cours d'accidents puerpéraux graves, n'avait point engagé la famille à appeler un médecin en avait traité elle-même la malade. Comment voulez-vous, en effet, qu'une sage-femme puisse distinguer, dans tous les cas, une affection grave d' une affection légère? Croyez-vous que cette tâche diagnostique lui sera plus facile parce que le trouble morbide est la conséquence d'un accouchement ou d'une grossesse ? Cela n'est pas soutenable. En définitive, qu'est-ce qu'une sage-femme ? C'est une personne qui, avant de posséder un diplôme de première ou de deuxième classe, a justifié :

1° D'un certificat constatant qu'elle sait lire et écrire.

2° D'un acte de naissance prouvant qu'elle a dix-huit ans au moins et trente-cinq ans au plus.

3° De certificats d'assiduité établissant qu'elle a suivi les cours théoriques et pratiques.

Je suppose une sage-femme aussi instruite que possible, qui remplit au parfait toutes les conditions exigées de l'élève sage-femme, qui a suivi avec la plus grande assiduité les cours théoriques et pratiques (au moins deux de ces cours, (Art. 31), qui a vu pratiquer pendant neuf mois ou a pratiqué elle-même les accouchements pendant six mois dans un hospice ou sous la surveillance d'un professeur (Art. 31), une sage-femme que le jury reçoit avec sa mention la plus élevée, est-elle capable de traiter avec avantage, je ne dis pas un accident grave, je dis le plus léger malaise, qu'il se rapporte à la grossesse ou à la puerpéralité? Non, mille fois non. Pour traiter un mal, il faut le connaître, et, pour le connaître, il faut avoir étudié beaucoup. Nous, médecins, qui, pendant cinq longues années, avons été initiés aux connaissances de l'anatomie et de la physiologie, qui possédons des notions relativement nombreuses d'histoire naturelle, de physique et de chimie, de pharmacologie, qui avons étudié la clinique médicale et chirurgicale, la gynécologie envisagée sous toutes les faces, nous, dis-je, n'avons-nous pas conscience de la somme de raisonnement que nous déployons lorsque nous sommes aux prises avec le mal? On a beau dire et répéter sur tous les tons que la pratique a démontré l'utilité de telle substance contre tel symptôme : un médecin qui fait de la thérapeutique basée sur un tel raisonnement est de la force d'une sage-femme : comme elle, il est dangereux. Pour être presque toujours utile et aussi peu souvent que possible inutile ou nuisible, le thérapeutiste doit posséder à fond et au fur et à mesure de leur découverte les importantes données de deux branches de notre art qui ont pris dans ces dernières années un essor considérable, la physiologie expérimentale et la pharmacodynamique. Je vois dans leur association l'avenir de la médecine. Eh bien, une sage-femme qui n'a pas ces connaissances, qui ne saurait les acquérir durant les neuf mois de son séjour dans une maternité, est absolument incapable de traiter quoi que ce soit.

Je partage l'avis du tribunal de Laon : il a eu en vue l'intérêt sérieusement compromis de l'humanité souffrante. Mais on peut se demander jusqu'à quel point la loi, strictement interprétée, formulée dans l'article 32, autorisait ce jugement. Car, il est expressément dit dans cet article 32, que les sages-femmes seront examinées par les jurys non-seulement sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, mais encore *sur les moyens d'y remédier*. Les termes de cet article ne prêtent pas à équivoque, et je me demande si, en interjetant appel, la sage-femme, condamnée par le tribunal de Laon, n'eût pas obtenu la cassation de l'arrêt pris contre elle. Je me demande encore si nous sommes dans la légalité en protestant contre une sage-femme qui traite, sans le concours d'un médecin, les accidents de la grossesse et de la puerpéralité, quelle que soit leur gravité ; je me demande enfin jusqu'à quel point la loi permettait à la Cour de Metz de condamner, en décembre 1865, une sage-femme qui avait donné ses soins à une cliente pour accidents graves consécutifs à un accouchement.

Si tel est l'esprit de la loi, et je le souhaite, pourquoi donc ne pas couper court à toutes les discussions en formulant ainsi l'article 32 :

Art. 32. — Elles seront examinées par les jurys sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier *quand ces accidents sonts légers*.

J'avoue du reste, qu'avec cette addition, l'art

cle 32 ne me satisfait point encore pour la raison bien simple que je conteste à une sage-femme de talent de savoir si un accident est léger ou grave : un bon pronostic dérive d'un bon diagnostic et l'art du diagnostic est difficile. Si l'on diagnostique mal, comment voulez-vous qu'on traite bien? C'est dire que je désirerais voir l'article 32, ainsi conçu dans la législation médicale nouvelle :

Art. 32. — *Paragraphe premier.* — Elles seront examinées par les jurys sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner ou les suivre.

Paragraphe 2. — Elles n'auront pas le droit, sans être passibles des peines affectées à l'exercice illégal de la médecine, de remédier à aucun des accidents sus-mentionnés, légers ou graves.

Si la législation de ventôse nous désarme ou à peu près contre les sages-femmes s'érigeant en thérapeutistes dans tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, elle punit celles qui, en dehors des soins dont il vient d'être question, pratiquent illégalement l'art de guérir, c'est-à-dire consultent et traitent tout venant ou tout requérant. Et ces sages-femmes ne sont pas rares! Dans le siècle de représailles où nous vivons, ne voyons-nous pas souvent des personnes influentes, dominées par des sentiments respectables sans doute, mais que beaucoup de nos confrères ne se laissent point imposer, ne voyons-nous pas des personnes influentes briser peu à peu le prestige qu'un médecin de talent avait acquis dans un village important de sa clientèle, et supplanter ce médecin par une créature moins rétive que nous aux choses d'un autre âge, par une sage-femme? J'ai vu le fait, j'en parle à bon escient. Que résulte-t-il de cette situation? D'autres l'ont dit avant moi : « les médecins souffrent de la concurrence illégale, les malades en meurent », ou du moins en souffrent aussi, tant et plus. A celui-ci qui est atteint de rétention d'urine la sage-femme consultée appose des ventouses sur les reins ; — à ces deux vieilles femmes atteintes d'obstruction intestinale, elle fait prendre une potion (de sa confection) au laudanum; — à cette jeune fille qui à des palpitations anémiques, elle prescrit le sirop de digitale ; — à cet homme qui a un lumbago la tisane d'arnica. Cette femme à une pneumonie, elle manifeste l'intention de voir un médecin, la sage-femme lui dit que c'est inutile, qu'elle n'a point de mal, que le médecin ne viendra que pour la rassurer. La situation que je dépeins est une triste réalité, des médecins en sont victimes.

A n'en pas douter, ces sages-femmes sont passibles des peines de l'exercice illégal, et que de fois ne commettent-elles pas des homicides par imprudence? J'ai entendu dire qu'il faut laisser faire; que le public s'en lassera bientôt. Il n'en est rien : le public des campagnes ne se lasse pas de ce qu'il ne paie point ou de ce qu'il paie peu : la médecine au rabais lui tient au cœur. Ce public, vous ne l'empêcherez jamais de consulter une sage-femme qui a trouvé le secret ou pour laquelle on a trouvé le secret de capter sa confiance; tous vous célèbreront l'adresse de cette ignorante qui finit par croire qu'elle sait quelque chose.

Et, que pouvons-nous contre elle? Dénoncez-la, vous répond le procureur, quand vous en parlez avec lui en tête-à-tête, au cercle, en réunion privée. Ce rôle répugne à un médecin seul, en tant qu'individualité. Il répugnerait moins à une association syndiquée, dont le secrétaire, au nom des adhérents, inviterait qui de droit à faire respecter la loi : la sage-femme aurait à répondre de ses actes devant la justice. Puisque les magistrats ne prennent pas spontanément notre défense, puisque les mots de Malgaigne : « Quand il s'agit de médecins, la magistrature, en France, ne fait pas son devoir » sont aussi vrais qu'en 1845, est-ce une raison pour que nous baissions toujours la tête? Quand les peines reclamées par M. Jules Geoffroy, au nom de la commission du *Concours médical*, contre l'exercice illégal de la médecine, seront sanctionnées par le Parlement, peu de sages-femmes, croyez-moi, consentiront à s'y exposer. Il ne sera guère souriant pour elles, qu'elles soient ou non les instruments aveugles ou intéressés d'une coterie, de payer 100 à 500 francs d'amende, et, en cas de récidive, de payer une amende double et d'aller passer quinze jours ou six mois en prison. Mais, en attendant, elles ont la partie belle : d'abord, comme nous l'avons dit, un seul médecin ne consentira jamais, tellement cela lui répugne, à les signaler à l'attention du Procureur de la République; ensuite les peines insignifiantes qui répriment, dans notre législation actuelle, l'exercice illégal, ne sauraient nous garantir sérieusement contre leurs méfaits.

II

Réquisition pour le service militaire de santé.

Le 30 juin dernier, une heure du soir, je reçus la réquisition suivante :

« M. le sous-intendant militaire me signale que, par suite de l'absence presque simultanée de Douai des deux régiments d'artillerie le service médical de la garnison va se trouver désorganisé.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous requérir pour assurer le service de la place pendant un mois et demi environ, à dater du 1er juillet prochain; vous serez rétribué pour ce service par les soins de l'intendance militaire.

Au reçu de la présente lettre, je vous prie de vouloir bien vous concerter avec M. le Dr Ch..... qui vous fera la remise du service avant son départ. »

Signé : Le Maire.

Le service que me remit mon confrère était composé de mille trois hommes à soigner, plus un officier demeurant dans une portion de la ville différente des casernes.

Pour parcourir la ville dans toute son étendue, soigner mille trois hommes, fournir des rapports portant sur une année de soins donnés à un régiment, ne pouvoir m'absenter, si besoin *en était,*

négliger ma clientèle civile pour satisfaire aux exigences militaires, voulant que les visites soient faites avant dix heures, je reçois (solde maximum) 3 fr. 33 c. par jour (circulaire ministérielle de 1837) lorsque, chose étrange, le vétérinaire civil, chargé du service, n'ayant qu'une seule caserne et un chiffre assez restreint de chevaux à visiter, reçoit 5 fr. par jour !!!

Quelle est la cause de cette différence ? L'autorité militaire estime-t-elle que les études soient plus sérieuses d'un côté que de l'autre ? ou bien la vie d'un cheval primerait-elle celle d'un homme ?

Lorsque, par le recrutement, je suis médecin de réserve attaché à un régiment de la localité (27e artillerie), comment se fait-t-il que je ne sois pas requis avec mon grade ? Pourquoi ne point me donner les appointements y attachés, alors que l'autorité nous met dans l'obligation de nous équiper ?

Enfin !!! Pour recevoir 36 fr. 63 c. montant des honoraires de onze jours de service (car j'ai heureusement été remplacé par un médecin militaire venu de Valenciennes), j'ai dû établir dix-huit pièces semblables à celles ci-jointes, plus deux relevés, dont un sur timbre de 0 fr. 60 c. (Les frais d'impression ont été à ma charge) et passer un temps précieux pour obtenir les signatures nécessaires.

Comme conclusion de cet exposé, permettez-moi de vous poser les questions suivantes, dont la la solution pourra peut-être servir à ceux de nos confrères qui pourraient se trouver dans une semblable situation :

1° *Peut-on refuser d'obtempérer à une réquisition analogue à celle d'autre part?*

2° *Si non, quelle marche devrait-être suivie pour obtenir une rémunération supérieure?*

Telles sont, monsieur le Directeur, les réflexions que je livre à votre appréciation, me demandant quand notre profession, que tous regardent, hormis nous, comme essentiellement lucrative, verra enfin tenir compte des doléances de tous ses membres.

Agréez etc. Dr Pollet.

Réponse.

La loi qui concerne toutes ces matières, absolument semblable à celle qui fixe les ridicules honoraires des médecins requis par autorité de justice, est une de ces lois sur années et absurdes qui n'en ont pas moins force et vigueur jusqu'à ce qu'un sage législateur pense à les abolir.

Ainsi, de par le décret ministériel du 4 octobre 1837, l'indemnité à payer aux médecins civils requis doit-être calculée d'après le nombre des journées de présence que donne l'effectif du corps ou portion de corps en station pendant la durée du service et à raison de *3 fr. par homme et par an, sans toute foisque l'indemnité puisse* jamais excéder 100 fr. par mois.

N. B. — *Quand des détachements de corps tiendront simultanément* garnison dans la même place, le médecin civil qui aura fait le service sera tenu de fournir *une déclaration séparée* pour chacun de ces détachements (*circulaire lithographiée du 16 octobre 1837*).

Vous voyez, mon cher confrère, que vous n'avez pas été plus maltraité que les autres. Tant que la loi ne sera pas abrogée, il faut y obéir.

Si les vétérinaires sont plus rétribués, c'est que l'institution du corps des vétérinaires militaires qui n'étaient que sous-officiers, il y a quarante ans à peine, étant de date plus récente, on leur a appliqué des décisions inspirées par un esprit de justice plus moderne.

Vous confondez les questions quand vous dites que vous êtes attaché comme réserviste à un régiment, et qu'étant obligé de vous équiper, vous devez être payé comme l'aide-major dont vous avez le grade. Certainement, le jour où vous serviriez en qualité de réserviste ou d'auxiliaire, vous seriez payé comme tel, mais, dans le cas présent, vous n'êtes requis que comme tout autre médecin civil faisant ou non partie de la réserve.

Ici se place la réponse à la question « *Peut-on refuser d'obtempérer à une réquisition semblable ?* »

Nous ne le croyons pas, dans tous les cas, comme il n'y a jamais de militaires sans que la ville où ils séjourneraient ait un hôpital pour les recevoir ; hôpital muni d'un médecin en pied investi d'une fonction officielle pour traiter les garnisaires, c'est à celui-ci, en cas de refus de ses confrères, que doit revenir, croyons-nous, le devoir de donner ses soins aux soldats privés de médecins militaires.

Cette question, du reste, est réglée, pour la gendarmerie, par la circulaire du 11 mars 1856.

Quand à la question de savoir comment, il faudrait faire pour obtenir une rémunération supérieure, — il faudrait, répétons-nous, tout simplement faire proclamer une loi nouvelle sur ces matières et, en attendant, obéir aux anciennes. — Il faudrait surtout dire à nos députés qu'ils fassent enfin élever le chiffre des médecins d'armée au niveau des besoins du pays et des accroissements successifs de nos effectifs militaires.

Epilogue.

Mon cher Confrère,

Au moment de clore ma lettre, je suis heureux de vous annoncer qu'il a été fait droit à ma réclamation et que j'ai reçu, pour onze jours de service, une somme de 90 fr. 87 c, (et non 36 fr. 63 c.) décompte total et sans réduction de l'effectif, cal-

culé sur une base de 3 fr. par homme et par an. Le Sous-intendant a jugé dérisoire la réduction et a maintenu mon indemnité.

Espérons que c'est un précédent qui aura des suites; et puisse ma réclamation acceptée devenir le point de départ d'une amélioration.

Agréez etc.

Dr Pollet.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Note sur un cas d'ectopie du testicule au périnée.

M. le Dr *S. Baudry* (de Lille), notre excellent collaborateur, a fait, à la Société Anatomique, l'intéressante communication que l'on va lire.

« Le 15 octobre dernier, un marinier, de passage à Lille, le nommé Victor Q..., m'amenait un enfant nouveau-né atteint de catarrhe simple de la conjonctive. Il me pria d'examiner en même temps une hernie que portait, disait-il, son enfant, et pour laquelle la sage-femme lui avait conseillé et montré l'application d'un bandage spécial, sorte de spica de l'aine.

« L'absence de la moitié droite du scrotum et du testicule correspondant frappa immédiatement mon attention, et j'acquis vite la conviction qu'il ne s'agissait nullement d'une hernie, mais bien d'un cas assez rare du reste, d'ectopie périnéale.

« Voici le résultat de mon examen :

« M. Q..., vigoureusement bâti, est fils unique; ses parties génitales sont normalement conformées. L'enfant mesure cinquante-quatre centimètres de longueur et me paraît d'une force moyenne. Le pénis, d'une longueur ordinaire, ne présente aucune anomalie. Le scrotum, réduit à sa moitié gauche, présente un raphé déjeté à droite; à partir de ce raphé, la peau se continue à droite, sans plis et sans ligne de démarcation, avec la peau des parties voisines. Je verse à plusieurs reprises quelques gouttes d'eau froide sur la région génitale, et j'observe très nettement la rétraction et le froncement du scrotum à gauche, tandis qu'aucun mouvement ne se produit à droite. Le testicule gauche, l'épidydime et le cordon occupent leur situation normale et sont bien conformés. Le raphé ano-scrotal qui s'étend de l'anus à la terminaison ou fond du scrotum mesure quatre centimètres. A deux centimètres en avant de l'anus et à la même distance en dehors de ce raphé ano-scrotal, on voit une petite tumeur recouverte par la peau, dont la configuration extérieure est la même que celle du reste du corps. A la palpation, on sent très manifestement une sorte de boule ovalaire dont la surface est très régulière, dont la consistance est élastique et dont la pression un peu accentuée détermine une certaine agitation et les cris de l'enfant. C'est le testicule droit. Son volume est légèrement inférieur à celui du côté opposé. A sa partie supérieure, on sent très nettement le canal déférent, relativement volumineux chez le nouveau-né, et on le suit sous la peau juqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Aucune saillie anormale n'apparait à ce niveau pendant que l'enfant pousse des cris. J'essaie de remonter le testicule, mais il ne présente aucune mobilité.

« J'ajouterai quelques mots à cette observation, intéressante à cause de la rareté de l'anomalie. Il n'a guère été publié, en effet, qu'une dizaine de cas semblables observés par Vidal, Sedwich, Godard, Hunter, Zeiss, Curling et Ricord. L'influence de l'hérédité, manifeste dans un certain nombre de cas d'anomalies de situation du testicule, fait ici absolument défaut. La descente trop complète du testicule est-elle le résultat d'une anomalie par défaut d'une moitié de scrotum, ou bien est-elle due à l'insertion trop en arrière et en bas du faisceau moyen, du gubernaculum testis? Ici comme dans les autres variétés d'ectopies, la glande s'atrophiera-t-elle complètement et sera-t-elle morte physiologiquement? Autant de questions que je n'entreprendrai pas de discuter. Au surplus, les lésions inflammatoires et les complications variées des ectopies, telles que hernies, hydrocèles, tumeurs, etc., les difficultés de diagnostic auxquels elles peuvent donner lieu, ont été parfaitement étudiées dans l'excellente thèse d'agrégation de M. Le Dentu. L'année dernière, un travail remarquable de MM. Ch. Monod et Terillon, publié dans les *Archives de médecine* (février et mars 1880), a attiré à juste titre l'attention des praticiens sur les deux points suivants : 1° Dans l'ectopie inguinale, le testiscule est fréquemment le siège de dégénérescences cancéreuses, et la castration faite à temps, c'est-à-dire de très bonne heure, permettra d'éviter des récidives et la généralisation du cancer; 2° La castration inguinale est une opération facile et le plus souvent exempte de danger.

« Ces conclusions, tirées de l'analyse de plus de quarante cas de castration de testicules inguinaux, me paraissent en grande partie applicables à l'anomalie que je viens d'observer. Ici, en effet, le testicule n'est-il pas comme dans l'ectopie inguinale et surtout *dans la position assise*, exposé à des traumatismes et à ces froissements qui sont le point de départ de dégénérescences si fréquentes, que l'ectopie a pu être considérée comme une cause prédisposante au cancer du testicule? Ce sont surtout les *exercices d'équitation* que doivent s'interdire avec la plus stricte sévérité les individus porteurs de cette anomalie. J'ajouterai que, dans le cas que je viens de rapporter, la glande ne jouissant d'aucune mobilité, ne pourra fuir les chocs, ni échapper à la moindre compression.

« La castration périnéale, en raison de la situation si superficielle de la glande, est une opé-

ration plus facile encore que la castration inguinale; de plus, les dangers que redoutent tant certains chirurgiens, à cause des rapports intimes du testicule inguinal avec le péritoine, n'ont plus ici leur raison d'être.

« Si le testicule ectopié ne doit probablement jamais sécréter de spermatozoïdes, si, d'un autre côté, il est exposé, à la suite d'irritations de diverses sortes, à devenir le siège et le point de départ d'altérations organiques mortelles, devra-t-on, en raison de l'innocuité de l'opération, pratiquer dans ces cas la castration préventive, telle que l'a conseillée M. Aubert (de Lyon)? Je conclurais volontiers à la non-intervention et à l'expectation, mais je laisse à d'autres, plus compétents que moi, le soin de répondre à cette question. »

(*Progrès médical*).

*
* *

M. le Dr G. Apostoli a fait à la *Société Médicale des Hopitaux* (Séance du 11 Août 1882), une communication qui peut se résumer ainsi :

Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie (vomissements, gastralgie.)

Je conseille la galvanisation POLAIRE POSITIVE du pneumogastrique droit qui m'a constamment réussi dans vingt cas de gastralgie et d'épigastralgie, et huit cas de vomissements. Cette méthode comporte des préceptes généraux dont voici l'exposé sommaire :

1° *Le siège de l'application.* Appliquez le pôle positif d'un courant de pile continu au cou sur une surface restreinte, en dehors et au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule. Fermez le circuit par une large surface dans la main. En présence d'un insuccès, on devra faire une galvanisation gauche ou mieux double, et simultanément des deux côtés.

2° *La dose.* Il faut le varier, suivant l'effet à obtenir, de cinq à quinze milli-Ampères. La réponse du malade sera notre guide le plus sûr à cet égard ; si le vomissement menace, il faudra augmenter, et diminuer dans le cas contraire. Pour l'épigastralgie, on doit consulter la sensibilité avec la pression profonde de la main que le malade devra pouvoir supporter impunément.

3° *Le moment.* S'il s'agit d'un vomissement, il faut, autant que possible, faire manger le malade pendant la séance après l'avoir préalablement galvanisé pendant quelques minutes pour l'y préparer. Quand à l'épigastralgie et à la gastralgie, qui sont le plus souvent des symptômes permanents, il est préférable de galvaniser le sujet au moment où la douleur est la plus intense.

4° *La durée.* Elle est variable comme la maladie elle-même. Je donne le précepte de *persévérer jusqu'à effet produit,* de continuer ainsi depuis cinq minutes, jusqu'à une heure, et plus s'il le faut, jusqu'à ce que le malade déclare qu'il va bien, soit qu'il sente qu'il ne vomira plus, soit qu'il affirme qu'il ne souffre plus.

5° *Le nombre.* Il n'y a sous ce rapport rien d'absolu ; l'état du malade réglera notre conduite. Une seule application peut suffire à un vomissement incoërcible ; quelques semaines seront peut-être nécessaires pour traiter une gastralgie, ou une épigastralgie qui récidive plus ou moins tôt après l'amélioration de chaque séance. On doit, si on le peut, faire de une à deux applications par jour.

REVUE CLINIQUE

DE LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL.

Leçon de M. DEPAUL.

Nous avons eu tout récemment un cas de procidence du cordon ombilical, et j'en profite pour traiter aujourd'hui cette question.

Ce n'est guère que dans les premières années du dix-huitième siècle que l'on a commencé à connaître et à bien apprécier cet accident, peu sérieux en général pour la mère, mais toujours grave pour l'enfant et souvent même mortel pour lui. Quelques auteurs en avaient bien dit quelques mots antérieurement, notamment Paul Portal au dix-septième siècle et Viardel. Aujourd'hui, la question est bien connue sous toutes ses phases.

Parmi les travaux modernes nous devons citer, comme l'un des plus complets, la thèse de M. Schuré subie en 1835 à la Faculté de Strasbourg, sous la présidence de M. Stoltz, qui l'avait, du reste, inspirée. Cette thèse intitulée : *De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement,* renferme tout ce que l'on peut en dire encore aujourd'hui.

Mais qu'est-ce que cette procidence? Dans les conditions ordinaires, l'enfant est placé dans la cavité utérine de telle sorte que le cordon, replié une ou plusieurs fois sur lui-même, se trouve situé du côté de la partie fœtale courbée en arc. Sa longueur est suffisante pour que, si les circonstances le permettent, il puisse s'engager hors de l'utérus, gagner le vagin et pendre même à l'extérieur entre les cuisses de la femme. Il y a aussi procidence, non-seulement chaque fois que l'on sent le cordon au-devant des parties fœtales qui se présentent, mais encore lorsqu'il s'engage avec ces parties fœtales et se trouve placé à côté d'elles, circonstance où il fait courir à l'enfant les mêmes dangers.

La procidence peut, dans certains cas, survenir avant la rupture des membranes; cependant c'est généralement après cette rupture que l'accident a lieu; en tous cas, le résultat est le même et la vie de l'enfant dépend alors de la rapidité de l'accouchement. Sa fréquence n'est pas aussi grande que quelques auteurs l'ont prétendu, et, en consultant

diverses statistiques, nous trouvons les chiffres suivants : pour Mazzoni, on la rencontrerait une fois sur 15 accouchements, ce qui est une erreur ; pour M. Stoltz, une fois sur 69 ; pour Michaelis, une fois sur 92; pour Grégory, une fois sur 98; pour Merrimann, une fois sur 257 ; enfin Mme Lachapelle l'aurait observée 64 fois sur 37,865 accouchements, soit une fois sur 592. En réunissant tous ces chiffres, nous arrivons à 226 cas de procidence sur 60,000 accouchements, soit 1 sur 265.

Pour moi, en 20 années, j'ai eu dans cette clinique 143 faits de procidence du cordon ombilical sur 16,613 accouchements, c'est-à-dire 1 sur 116. Ces 143 cas de procidence se décomposent ainsi :

116 cas de procidence du cordon seul ;
16 cas de procidence du cordon et d'un membre thoracique ;
9 cas de procidence du cordon et d'un membre abdominal ;
2 cas de procidence du cordon, d'un bras et d'un pied.

Voilà pour la fréquence dans ma pratique hospitalière.

Quant aux causes de cette procidence, un très grand nombre ont été invoquées. Il y a quelques cas, nous devons le reconnaître, où cette cause nous échappe ; mais généralement, on la trouve facilement, soit dans une présentation pelvienne ou dans présentation de l'épaule, soit dans un vice de conformation du bassin de la femme.

On a signalé aussi le petit volume de la tête de l'enfant, toutes les autres conditions étant égales d'ailleurs, ou bien l'accouchement, avant terme, ce qui s'expliquera par ce fait que l'enfant ne remplit pas complètement le détroit, et que la tête ne peut pas faire suffisamment l'office de tampon, d'où le cordon peut glisser et s'échapper dans l'intervalle. La procidence d'un membre, pied, main, jambe peut aussi entraîner, avec elle, celle du cordon ombilical.

D'autre part, Nægelé, le père, attachait aussi une grande importance à ce qu'il a appelé l'absence de contraction du segment inférieur de l'utérus. Je ne l'ai jamais observée pour ma part; néanmoins cet auteur a une trop grande valeur scientifique pour que je veuille la nier absolument.

L'enroulement du cordon autour du cou a été considéré aussi comme une cause de procidence. En effet, si dans ce cas l'enfant se présente par la tête, le cordon est tout près de la porte de sortie pour s'échapper; il suffit alors qu'il soit assez long pour qu'une anse puisse s'engager, surtout si la tête ne bouche pas complètement le segment inférieur.

Envisager la longueur seule du cordon en elle-même comme une cause de procidence est une erreur : il faut quelque chose de plus pour que celle-ci se produise : telle, est par exemple, la présentation inclinée de la tête, soit vers l'une des fosses iliaques, soit vers le bord du bassin, parce que, dans ce cas, il reste un espace dans lequel le cordon peut glisser.

Une présentation de l'extrémité pelvienne comme cause prédisposante s'explique par la situation plus rapprochée du cordon que lorsqu'il s'agit d'une présentation de la tête ; elle s'explique aussi par les formes irrégulières, moins arrondies, qui se présentent alors et obturent moins exactement l'orifice du segment inférieur. De là la facilité pour le cordon de glisser dans les interstices. Ce que je dis de l'extrémité pelvienne peut s'appliquer à la présentation de l'épaule.

Les vices de conformation du bassin ont une influence considérable sur la procidence du cordon, en raison même des irrégularités de forme qu'affectent les os iliaques, de l'ouverture bizarre du bassin qui ne peut plus être aussi hermétiquement fermée dans toutes ses parties par la tête de l'enfant, laquelle, d'autre part, ne peut pas s'engager.

Les insertions vicieuses du placenta sur le col, par exemple, peuvent être invoquées aussi avec raison comme favorisant la procidence par la situation du cordon, très rapprochée de la porte de sortie. De même l'insertion du cordon sur les membranes.

Nægelé considérait aussi les nœuds du cordon, qu'il en existât un, deux, trois ou quatre et même davantage, comme une cause prédisposante, en raison du poids des nœuds qui entraîneraient alors le cordon.

Enfin, les manœuvres obstétricales, dans le but de faire la version, peuvent faciliter le glissement du cordon le long de la main qui a pénétré dans la cavité utérine et amener sa sortie au dehors. Mais heureusement, dans ce cas, il n'y a pas grand danger pour l'enfant, l'accouchement ne devant généralement pas tarder à se terminer. Cependant, si celui-ci, devait durer quelque temps encore, la vie de l'enfant pourrait être en danger, comme dans les autres faits de procidence.

Le pronostic de la procidence du cordon ombilical est toujours d'une très grande gravité pour l'enfant, ainsi que les chiffres suivants le prouvent suffisamment. C'est ainsi que Michaëlis compte 20 enfants morts sur 27 procidences ; Stoltz, 52 sur 56; Schweihæuser, 25 sur 28; la Maternité de Dresde, 21 sur 28; et Lehmacher 49 morts sur 50 cas. Quant à moi, ma statistique est un peu plus favorable : je n'ai que 96 morts sur 143 cas de procidence observés dans cette clinique. Je n'en tire aucune vanité, car j'ignore où les auteurs que je viens de vous citer ont pris leurs chiffres ; de plus, j'ajouterai que, dans un hôpital où l'on a tout ce qui est nécessaire sous la main, on se trouve dans de meilleures conditions qu'à la ville pour parer à un danger imminent.

Quoi qu'il en soit, la procidence du cordon ombilical est un accident plus que sérieux; elle est d'une très haute gravité, ainsi que les chiffres que je viens de vous rapporter ont dû certainement vous le démontrer. (*A suivre*).

(*Le progrès médical*).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des polypes muqueux des fosses nasales (Stanislas Martin).

Tannin officinal	1 gram.
Eau distillée	10 —

Faire matin et soir une injection dans le nez, à l'aide d'une seringue en verre.

Pommade de Napthol dans le traitement de la gale (Hardy). — Le napthol pulvérisé est dissous dans la moitié de son poids d'éther. La solution, mélangée avec une partie de vaseline, est mise dans une bassine et chauffée à 30° ou 40°, jusqu'à évaporation complète de l'éther. La masse demi-fluide est incorporée au reste de la vaseline et le tout est trituré jusqu'à l'obtention d'une pommade homogène que l'on conserve dans des vases fermés. Ce médicament, dont la préparation est due à M. Cusset, interne en pharmacie du service de M. le professeur Hardy, est journellement employé.

Faire tous les jours, durant une quinzaine, des frictions sur les régions prurigineuses. Cette pommade de napthol doit être employée de préférence à la pommade d'Helmerich, parce qu'elle ne détermine aucune sensation douloureuse et ne s'accompagne pas d'un prurigo plus ou moins prolongé. C'est un médicament simple, que les malades, atteints de la gale ou de la phthiriase, supportent sans la moindre répugnance. M. le professeur Hardy a eu l'occasion d'étudier l'action du napthol sur plusieurs malades de son service, principalement des individus atteints de la gale. — Les résultats obtenus depuis le mois de novembre 1881 semblent aujourd'hui assez concluants pour mériter cette note. (*Progrès Médical*).

Lavement résolutif dans l'adénite péri-utérine, par le professeur Courty, de Montpellier. — Parmi les moyens employés par M. le professeur Courty contre l'adénite des ganglions péri-utérins, le savant médecin de Montpellier préconise surtout le résolutif suivant ; il fait une pommade composée de :

Cérat de Galien........	15 grammes.
Onguent napolitain.....	15 —
Laudanum de Sydenham	10 gouttes.
Extrait de belladone de	1 à 5 centig.

On pousse cette pommade en haut du rectum, derrière l'utérus, à l'aide d'une petite seringue à très large canule. On donne un ou deux lavements par semaine; le lendemain de leur administration, la malade doit éviter d'aller à la garde-robe. L'efficacité de ce moyen, dit M. le professeur Courty, est considérable. Il peut s'appliquer à diverses inflammations du bassin et nécessite les mêmes précautions pour les gencives que les traitements mercuriels. (*Journ. de méd. et de Chir. pratiques.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE MEURTHE-ET-MOSELLE.

Assemblée générale du 20 août des adhérents à la formation du syndicat médical de Meurthe-et-Moselle. Procès-verbal de la séance.

Étaient présents : MM. Mangenot (Pont-à-Mousson ; Maillard ; Mall ; Riboullot ; Pierron ; Clément ; Marchal ; Dard ; Chrétien ; Hally ; Manson ; Chapuis ; Deligny ; Contal ; Sognet : Laurent ; Coliez ; Maurice ; Bermont ; Aubry ; Mergaut ; Mangin ; Cabasse ; Pitoy ; Ancelon.

MM. Mangenot de (Lunéville) ; Fontan ; Clément (de Fraisnes-en-Saintois ; Carel ; Serrière ; Lepage ; Quenette ; Habert ; Jacquin; Marie ; de Crevoisier : George ; Olinger, s'étaient excusés et avaient envoyé par lettre leur adhésion aux décisions de l'assemblée.

La séance est ouverte sous la présidence de M. Mergaut, ayant pour assesseurs MM. Mangin et Clément de Saint-Nicolas).

M. Deligny expose le but de cette réunion et propose de discuter immédiatement les voies et moyens pour la formation d'un syndicat.

L'assemblée décide à l'unanimité la formation du syndicat médical du département de Meurthe-et-Moselle, devant être subdivisé en sous-syndicats comprenant les médecins exerçant dans le même arrondissement.

Lecture est donnée du projet de statuts élaboré par la Commission d'initiative.

Chaque article est discuté et voté séparément.

L'assemblée décide que deux réunions générales auront lieu chaque année, le dernier dimanche de mars et le dernier dimanche de septembre.

La première réunion générale aura donc lieu le 24 septembre.

On procède ensuite au scrutin pour l'élection des membres du Comité.

Sont élus :

Président : M. Deligny (de Toul).
Vice-Président : M. Pitoy (de Nancy).
Secrétaire-Trésorier : M. Chapuis (de Toul).

II

SYNDICAT DE LA VENDÉE.

Le syndicat de la Vendée s'est réuni fin août. 23 membres étaient présents.

L'ancien bureau a été réélu. On a adopté, avec quelques modifications, les statuts et les règles de déontologie publiés par le M. le Dr Barat-Dulaurier.

On a pris l'engagement de refuser les soins médicaux aux empiriques qui exploitent le médecin.

On s'est promis de refuser d'obtempérer aux réquisitions pour cas de médecine légale.

Un déjeuner *payé par la Caissé des syndicats* a précédé la réunion.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

La fin de la session législative étant trop remplie pour qu'il fût possible de déposer un projet sur le bureau des Chambres, ce sera pour la rentrée.

Nous aurons à nous concerter tout à l'heure pour faire produire tous ses effets utiles au travail de la Commission. Je solliciterai votre appui individuel pour les mesures indispensables.

Ce n'est que lorsque nous aurons enfin obtenu gain de cause, que nous pourrons aborder les réformes de détail si souhaitables : Prescription des honoraires — Patente — Tarif des honoraires médico-légaux, etc.

En ces matières, le bon droit, le bon sens, finissent par prévaloir, comme il en est enfin advenu pour la suppression de l'étroite dépendance de nos confrères du *Corps de santé de l'armée*. Nos vœux les suivront dans l'accomplissement de la noble tâche qui leur est réservée. En ce qui nous concerne, nous aurons à étudier aussi les moyens les plus propres à leur assurer le concours efficace des médecins civils en temps de guerre.

Progrès accomplis par le Journal. — J'espère, Messieurs, que vous les avez constatés. Le rapport du Comité de Rédaction vous en donnera le détail. Les sommes consacrées à la *Rédaction*, par l'Assemblée Générale, n'ont pas été dépensées en pure perte ; nous en avons recueilli de nombreux témoignages et je m'efforcerai de ne rien négliger pour que, dans l'avenir, votre satisfaction soit entière de ce côté.

Progrès matériels. — Les sommes mises à la disposition de l'Assemblée générale seront deux fois plus élevées, cette année, que l'année précédente. Cela vous prouve que la *publicité du Concours Médical* commence à être appréciée, comme elle le mérite, par les intéressés.

Quand il m'arrive d'entrer en relations avec le propriétaire d'un produit, d'une eau minérale, d'un établissement médical, je suis fondé à lui dire : « Il ne s'agit pas d'une simple annonce, mais bien d'une adoption par *deux mille trois cents médecins*. Si l'objet de votre propriété est agréé par le *Comité d'Annonces*, vous deviendrez un des soutiens actifs de notre Association. En échange de votre *Contribution Pécuniaire* qui devra être en rapport avec le nombre de nos adhérents, je puis, sans témérité, vous affirmer que chacun de nous se fera un plaisir et un devoir de vous être utile. »

Vous le savez, Messieurs, les pharmaciens deviennent exigeants ; ils se fatiguent de ne toucher que vingt ou trente 0/0 sur les bons produits, les seuls qui ne se livrent pas à prix réduit. Ils les remplacent par des spécialités de leur façon. Contre ces tromperies, le client ne peut rien, il se fait même facilement complice du pharmacien, s'il croit trouver une petite économie. Le médecin seul peut exiger la marque qu'il ordonne ; aussi pour toute bonne spécialité, pour tout médicament actif, *il n'y a plus de publicité efficace que celle qui est faite auprès du médecin*. Bientôt rien ne vaudra l'adoption par une société nombreuse comme la nôtre.

Nous avons, Messieurs, le bénéfice de la modération et de la sagesse des adoptions du *Comité d'annonces*. Laissons au temps le soin d'accroître les produits de notre publicité. Ce qui nous importe avant tout, c'est d'avoir, dès à présent, le nécessaire, pour appliquer quelques-unes des idées du *Concours Médical*.

J'en viens, mes chers confrères, au *second* objet de mon rapport :

Quelles sont les voies dans lesquelles nous devons engager notre libre Association ?

Quels sont les points de notre *Programme* que nous avons mis à exécution ?

Quels sont ceux que nous avons ébauchés ?

Quels sont ceux que nous avons négligés jusqu'à ce jour ?

Permettez-moi de vous exposer les préoccupations qui m'ont inspiré ce programme.

Après plus de vingt années d'exercice de la Médecine, je connaissais toutes les difficultés de la profession.

Je pouvais donc en rechercher la solution et j'ai vu qu'elle n'était possible qu'en nous prêtant les uns aux autres un généreux appui : il fallait nous associer.

Il fallait, par le Journal, faire appel à la bonne volonté de tous, et pour réussir à se la concilier, s'efforcer d'être utile à tous.

Nous devions nous préoccuper du *jeune médecin* en quête d'un établissement, du médecin en *possession d'état* et des intérêts communs de la profession.

Les jeunes médecins. — Le médecin qui s'établit doit connaître ses devoirs vis-à-vis de ses clients et de ses confrères. Nous avons consacré une large partie du journal à la Déontologie. Pour répandre les idées du *Concours* parmi les jeunes médecins, nous avons abaissé en leur faveur, le prix de l'abonnement jusqu'à ses plus extrêmes limites, et vous avez, en outre, décidé que nous ferions droit à toutes les demandes de *service gratuit* en faveur des étudiants qui nous seraient désignés par les *membres du Concours*. Ces lecteurs constituent le plus utile recrutement de notre société.

Le jeune médecin doit être conseillé et aidé dans le choix d'un poste médical.

Il appartient à tous les membres du *Concours* et notamment aux syndicats dont vous avez provoqué la formation, de lui faciliter cette recherche. Nous comptons sur votre zèle pour nous fournir des renseignements précis. Vous savez que nous les utilisons journellement pour le *Service des Offres et demandes de clientèles*. Nous seuls, *Société de Médecins*, pouvions établir ce service d'une façon absolument désintéressée, puisque nous n'avons pas besoin d'en avoir comme d'autres un bénéfice pécuniaire.

Le débutant retirera un grand profit moral et matériel de ses relations immédiates avec ses confrères, et trouvera de bons conseils auprès des membres de notre Société. Vos syndicats, dont il voudra bientôt faire partie, lui créeront aisément ces utiles relations.

Il est obligé de se procurer les éléments de son premier établissement : instruments, livres, appa-

reils etc... Sous ce rapport les fournisseurs du *Concours* offrent les plus précieuses garanties et les avantages les plus sérieux.

Vous nous direz s'il ne conviendrait pas d'assurer au jeune médecin pour l'achat de son mobilier, chevaux, voitures, etc., le bénéfice des réductions qu'il obtient des fournisseurs précédents en énonçant seulement son titre de Membre du *Concours*. Une fois établi, notre jeune confrère se trouve dans la même situation que le médecin en activité de service depuis longtemps.

Nous devions nous préocuper de satisfaire à tous les désirs de celui-ci.

Il faut à tout médecin un *journal de médecine*. Le vôtre a su allier la partie scientifique à la partie professionnelle ; vous savez dans quelle large mesure cette dernière a été traitée. Nous avons réussi à rendre l'abonnement gratuit pour tous nos adhérents.

Le médecin doit pouvoir imposer son choix au sujet de son arsenal thérapeutique et exercer ainsi un *utile contrôle* sur les agents de sa médication: les adoptions du *Comité des annonces* lui facilitent cette tâche.

Le médecin doit pouvoir s'assurer contre tous les risques, puisque tout repose sur sa tête :

Assurance incendie. (Nous avons le Phénix qui lui fait une réduction de 25 0/0 de ses primes.)

Assurance contre les accidents. (Nous traiterons bientôt avec une compagnie qui lui assurera les plus grands avantages.)

Assurance sur la vie. (Nous avons la *New-York* qui, par ses remises, a constitué la Caisse de prévoyance des Membres du *Concours*).

Les assurés des autres compagnies peuvent aussi profiter du fonctionnement de cette caisse.

Service du Vaccin. — Ce service qui fonctionne depuis une année a fourni, à prix très réduit, à nos correspondants plus de *quatre mille tubes* d'un vaccin de génisse irréprochable.

Service des nourrices. — On demande au praticien des nourrices et des nourrissons. Nous croyons pouvoir également organiser ce service. Nous en discuterons les moyens pratiques.

Service des remplacements. — Tous nos confrères devraient prendre, chaque année, un *congé*: vous connaissez l'heureuse influence de ces vacances, quelque courtes qu'elles soient. Vous savez que cette organisation des *remplacements* est à l'étude et déjà un peu en pratique. Vous déciderez si vous voulez en faire les frais.

Conseil judiciaire. — A titre privé, le médecin se trouve heureux parfois de recourir aux lumières d'un homme de loi. Lorsqu'il s'agit d'intérêts médicaux, les consultations sont gratuites. S'il s'agit d'intérêts tout-à-fait particuliers, notre *Conseil judiciaire* est rétribué selon les usages.

Conseil d'affaires. — Je me fais un devoir de répéter ici que je considère comme un des plus grands services rendus par le *Concours* à ses adhérents le choix que nous avons fait d'un *Conseil d'affaires*.

Je puis dire que son intervention m'a évité les déceptions éprouvées par un grand nombre d'entre nous.

Honoraires. — Le corps médical doit tendre à équilibrer ses honoraires avec son travail et les légitimes exigences de son rang dans la société.

Il doit se défendre contre les envahissements et les exigences non motivées. Sous ce rapport, nos syndicats ont déjà produit des résultats importants.

Réformes législatives. — Le corps médical doit faire tous ses efforts pour obtenir la réforme de l'antique législation qui le régit. Vous savez que cette question a été placée au premier rang, puisque la dernière Assemblée générale a décidé que le *Concours* ferait les frais de cette étude.

Annuaire médical et agenda médical. — Au point de vue des intérêts médicaux, en général, on peut dire que la confection d'un annuaire intéresse tous les médecins.

Il doit être conçu sur des bases nouvelles et surtout exactement tenu à jour.

Ce qui nous a empêchés de l'exécuter jusqu'à présent, c'est qu'il s'agissait d'une dépense de cinq à huit mille francs. Après y avoir mûrement réfléchi, nous espérons avoir trouvé la solution la plus heureuse. Les principaux éléments vous en seront exposés.

La question de l'agenda médical pourra être résolue par la même méthode.

Vous remarquerez, Messieurs, que presque aucun des points de notre programme n'a été laissé complètement de côté, depuis trois années. En restant dans notre sphère qui est différente de celle de l'Association générale, nous sommes arrivés à employer pour la défense des intérêts de notre profession, environ trois fois les 45 mille francs qu'elle thésaurise, avec grande raison, chaque année, pour secourir les médecins absolument dénués de ressources.

Ces cent trente mille francs, dépensés par le *Concours*, ont produit d'utiles résultats. Nous voulons faire plus.

Nous désirons, en outre, constituer une réserve pour les cas imprévus. L'exposé du budget de l'année en cours vous prouvera que nous pouvons le faire sans nous gêner.

Après cet examen, forcément bien incomplet, je crois pouvoir ajouter:

Mettez à suivre notre impulsion, mettez à nous soutenir autant de cœur que nous en dépensons à la défense de vos intérêts, et nos succès s'accroîtront chaque jour.

En face des nécessités nouvelles qui s'imposent au médecin, que peut-il faire? — Incapable d'égoïsme et de cupidité, il reste impuissant par lui-même; mais s'il s'associe à ses confrères, il peut se défendre honorablement.

L'homme qui, chaque jour, expose généreusement sa vie doit se faire dans la société la place qu'il mérite ; il doit laisser à sa famille des ressources autres que son habituel héritage d'estime et de considération.

C'est travailler à ce résultat que d'assurer l'u-

nion du corps médical auquel nous avons l'honneur d'appartenir.

Avec votre bienveillant appui, nous ne faillirons pas à la tâche que nous nous sommes imposée.

(*Applaudissements*).

La salve d'applaudissements qui accueille les paroles du Directeur montre la parfaite communauté d'idées qui existe entre lui et les adhérents du *Concours.*

La parole est donnée à M. le Dr GASSOT, *secrétaire du Comité d'études des annonces*, pour la lectnre du rapport de ce Comité.

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDES DES ANNONCES.

Messieurs,

Au nom du COMITÉ D'ÉTUDES DES ANNONCES, j'ai l'honneur de vous rendre compte des travaux de l'année qui vient de s'écouler.

Vous connaissez la ligne de conduite du *Concours* : partisan de la liberté du commerce des spécialités pharmaceutiques comme de tout autre commerce, il estime que c'est au médecin qu'il appartient de faire, parmi ces prodnits spécialisés, un choix éclairé, de favoriser les bons et de rejeter les mauvais. D'autre part, persuadé que les spécialités, qu'un examen sérieux aura fait reconnaître véritablement bonnes, peuvent être hautement recommandées, il tient à ses adhérents le langage suivant : « *Vous seuls, par l'intermédiaire d'un comité spécial, direz si, oui ou non, ma publicité doit être accordée à tel ou tel produit; mais, par contre, c'est en votre nom que je traiterai, et lorsque j'aurai dit qu'un produit a obtenu votre préférence, vous ferez honneur à l'engagement que j'aurai pris pour vous.* »

Votre comité, Messieurs, s'est pénétré de ces principes qu'il regarde comme également justes et acceptables. Jamais il n'a songé à vous transformer en agents d'écoulement de tel ou tel produit — il sait trop bien que vous ne l'auriez pas supporté; — mais il n'a pas hésité, le cas échéant, à vous dire : «*Si, dans votre pratique, vous êtes obligés de recourir à tel médicament, accordez à la marque que nous avons adoptée la préférence sur les produits similaires, et ce faisant, vous serez certains de prescrire un bon médicament, et, en même temps, vous affirmerez la puissance et la vitalité de l'Association professionelle que vous avez fondée.* »

Vous avez pu voir, Messieurs, que nos adoptions ont été nombreuses, c'est que le *Concours médical* a fait preuve de sagesse autant que de force : marchant d'un pas sûr vers un but déterminé, il a su attendre que son programme fût mieux compris. Aussi à l'indifférence que provoque toute œuvre nouvelle, a-t-il vu succéder l'étonnement d'abord, puis la curiosité et enfin des relations franchement sympathiques.

Les produits que nous avons dû examiner ont été, vous le comprendrez, plus nombreux encore, et nous pouvons vous affirmer que les fonctions de membre du Comité n'ont pas été une sinécure. Acceptant hautement la responsabilité de nos décisions, nous nous sommes attachés à ne faire que des choix que vous puissiez ratifier.

Ç'a été d'abord *l'huile de foie de morue Jomin*, produit véritablement supérieur dont nous n'avon reçu que des éloges. Les soins apportés à sa prés paration et à sa conservation, ses qualités organoleptiques, sa richesse à l'analyse, tout concourait à la rendre digne de votre préférence. — Aussi avons-nous immédiatement accepté, persuadés qu'il nous serait difficile de trouver, non pas mieux, mais seulement aussi bien. Au bout d'une année, nous n'avons pas besoin de vous faire l'éloge de *l'huile Jomin*, vous l'avez expérimentée et cette expérimentation vous a appris plus que nous ne pourrions vous dire.

Plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont manifesté le désir de voir additionner la créosote à l'huile Jomin : pour répondre à cette demande, M. Jomin a préparé une *huile de foie de morue créosotée* que nous recommandons à votre sérieuse attention. Les composants, huile et créosote, sont de première qualité, la dissolution est parfaite; enfin un artifice de préparation masque au goût ce qui pourrait sembler désagréable. On peut varier d'opinion sur les résultats donnés par la créosote, mais ce qu'il n'est pas possible de méconnaître, c'est la valeur de *l'huile de foie de morue créosotée Jomin* comme produit pharmaceutique.

Les *capsules Raquin* soulevaient la même question que, l'an dernier, les granules Berthiot : fallait-il adopter un mode de capsulation particulier et recommander par cela même toutes les substances capsulées par ce procédé? — Notre hésitation, Messieurs, n'a pas été longue : d'abord la capsulation au gluten ne peut convenir qu'aux substances qui présentent une certaine consistance comme les baumes ou les oléorésines; ensuite elle ne permet la mise en liberté du médicament capsulé que dans le duodénum et s'oppose à toute action sur l'estomac ; — elle ne s'applique donc en réalité qu'à un petit nombre de médicaments. Or, ces médicaments ont précisément l'inconvénient, en agissant sur l'estomac, de provoquer des troubles digestifs pour le moins fâcheux; la *capsulation au Gluten* constitue donc, au poin de vue de leur administration, un progrès réel. Mais les *capsules Raquin* présentent encore un

autre avantage : tous les baumes qui entrent dans leur confection ont été préalablement titrés de telle sorte que les huiles essentielles, thérapeutiquement inutiles, soient réduites à la proportion minimum nécessaire ; — elles évitent donc autant que possible les inconvénients inhérents au passage de ces essences par la muqueuse pulmonaire ou les glandes cutanées. Je n'ai pas à vous énumérer ici les diverses formules dans lesquelles le baume de copahu est uni au poivre cubèbe, au matico, à l'essence de santal, etc... et capsulé par le procédé Raquin; je veux seulement vous mentionner l'association ingénieuse d'une base alcaline à la résine copahivique: les capsules de copahivate de soude nous ont paru une heureuse innovation.

En présence de tels avantages, vous comprendrez, Messieurs, que nous ayons eu plaisir à joindre les *Capsules Raquin* aux autres produits dont nous recommandons l'usage.

Le *Bromure de Camphre*, médicament relativement nouveau, s'est fait déjà fait dans la thérapeutique une place honorable comme sédatif du système nerveux circulatoire et du système nerveux cérébro-spinal, mais il est difficilement maniable et ne peut guère être administré que sous forme de dragées ou de capsules. Or, cette forme médicamenteuse, nous n'avons pas à vous l'apprendre, est une de celles dont il faut exiger le plus de garanties, car elle se prête merveilleusement à la fraude, et la fraude n'est pas encore bannie du commerce, même pharmaceutique. Tenant à avoir toujours le bromure de camphre absolument pur et dosé d'une manière exacte, nous avons fait choix des *dragées et capsules du Dr Clin*, dont la notoriété n'est plus à établir : ce sont là de sérieux médicaments, consciencieusement préparés et dignes en tous points de prendre place dans notre arsenal des médicaments spécialisés.

Les *Grains de santé du Dr Franck* sont, au contraire, un vieux médicament que des imitations nombreuses n'ont pu détrôner : la multitude même des imitations témoigne de sa valeur. Nous avons pensé que ces grains de santé, type des pilules *ante-cibum*, dont si souvent nous faisons usage, nous rendraient de nombreux services dans la pratique journalière. Leur formule est très rationnelle, leur préparation soignée, leur conservation parfaite et leur activité toujours égale. — Nous avons accepté l'annonce des *Grains de santé du Dr Franck.*

Vient encore un vieux médicament, le *vin de Gilbert Séguin*, et je pourrais vous dire de lui ce que je disais tout à l'heure : il a su résister aux imitations de toute sorte et rester la première de toutes les préparations de quinquina. C'est le tonique porté à sa plus haute puissance, le fébrifuge auquel on recourt lorsqu'on s'est adressé vainement aux moyens ordinaires; c'est un médicament dont la réputation est faite et dont les états de services sont aussi nombreux qu'incontestés; c'est un vin qui a sa physionomie propre parmi les vins de quinquina et qu'aucun d'eux ne saurait remplacer. Sa place était depuis longtemps marquée dans les annonces du *Concours médical.*

Les capsules d'*Apiol des Drs Joret et Homolle* constituent un bon emménagogue et sont employées avec succès, lorsqu'il s'agit de donner à l'économie le coup de fouet qui rappellera ou régularisera une fonction prête à se montrer et que suspend un retard presque inexplicable. Nous n'avons pas, Messieurs, à établir devant vous la différence qui existe entre l'action de l'apiol et celle de certains autres médicaments emménagogues, l'iodure de fer, par exemple ; c'est une vérité de La Palisse que d'affirmer l'inefficacité d'un médicament lorsqu'il n'est pas indiqué. Mais nous devons vous dire que nombre d'insuccès sont dus à l'impureté de l'apiol du commerce et qu'il n'est possible d'accorder sa confiance qu'à un médicament sérieux. Sous ce rapport, les *capsules des Drs Joret et Homolle* présentent toutes les garanties désirables et nous n'hésitons pas à les recommander à votre expérimentation.

L'*Eau de Léchelle* n'est pas un médicament secret : ceux-là, nous ne les admettons pas. C'est une formule assez complexe, à la vérité, et nous serions fort en peine de rattacher telle ou telle vertu à tel ou tel de ses composants. Son efficacité est pourtant notoire et vous en retirerez de bons effets alors qu'auront échoué des hémostatiques qui paraissent doués d'une énergie plus grande. Faut-il ajouter qu'elle est acceptée sans aucune répugnance même des personnes les plus difficiles et, qu'en aucun cas, son usage ne peut avoir d'inconvénient? L'*Eau de Léchelle* n'est peut être pas un médicament qu'on pense à conseiller tout d'abord, mais c'est un médicament auquel on revient lorsqu'une fois on l'a employé. Sa valeur, en somme, n'est pas contestée, et c'est à ce titre que nous vous en conseillons l'usage.

Si, faisant appel à chacun d'entre vous, je vous demandais, Messieurs, d'énumérer les médicaments spécialisés les plus employés, le *sirop de Digitale de Labélonye* se présenterait certainement des premiers à votre esprit. C'est que, repoussé du Codex qui (cela lui est commun avec bien d'autres codes) ne se laisse pas facilement entamer par les innovations, il a fini par triompher et forcer les portes de la pharmacopée officielle. Je ne veux pas dire la lutte soutenue par M. Labélonye au sujet de la préparation du sirop de digitale; qu'il me suffise de vous rappeler qu'en dépit de l'autorité de ceux qui tenaient pour le sirop préparé par infusion aqueuse, l'immense majorité du corps médical adopta le sirop de Labélonye à base d'extrait hydro-alcoolique. La commission du Codex, lorsqu'elle céda, ne fit donc que s'incliner devant un état de choses universellement accepté.

S'il fallait, Messieurs, démontrer l'utilité que peut avoir la spécialisation en pharmacie, le sirop de Labélonye nous fournirait un exemple probant. Vous admettrez donc avec nous la légitimité de cette spécialité pharmaceut...

On a longtemps discuté la valeur comparative de l'ergot de seigle en nature et de l'ergotine : nous croyons être dans le vrai en disant que le premier, dans certains cas, ne peut être remplacé, tandis que la seconde convient mieux dans d'autres cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'un usage prolongé. L'emploi de la méthode hypodermique a d'ailleurs ramené la faveur sur l'ergotine. Or, quand on parle d'Ergotine, le nom de Bonjean vient naturellement sur les lèvres : *l'ergotine Bonjean* est, en effet, grâce aux soins attentifs dont sa prépartion est entourée, le type des préparations de ce genre ; elle a été la première en date, elle a servi à toutes les expérimentations, dans le laboratoire comme au lit du malade, elle est restée toujours au premier rang quand la concurrence a multiplié les marques : c'est donc à elle que nous devions accorder la préférence et vous n'auriez pas compris que nous eussions agi autrement.

Vient enfin, pour terminer cette énumération, *la toile vésicante d'Albespeyres*. Le *vésicatoire vert* est assez connu de vous pour que je me dispense d'en faire l'éloge : *il prend toujours* et, n'eût-il que cette seule qualité, il mériterait notre préférence. Le vésicatoire d'autrefois n'existe plus guère aujourd'hui, les toiles vésicantes l'ont presque partout remplacé ; — mais faut-il encore que ces toiles soient acceptables, et nous en connaissons trop qui ne le sont pas. Vous prescrirez, messieurs, comme vous l'avez déjà fait, le *vésicatoire d'Albespeyres* et donnerez l'appui de votre choix à une des spécialités qui le méritent le mieux.

L'usage des vésicatoires à demeure se perd peu à peu, nous ne prétendons pas le ressusciter : nous convenons pourtant qu'il peut être utile dans quelques cas de prolonger l'action d'un vésicatoire par l'application d'une préparation épispastique. Le *papier épispastique d'Albespeyres* nous a paru remplir les conditions désirables, nous l'avons donc accepté comme complément de la toile vésicante.

J'ai fini, Messieurs, avec les médicaments nouvellement adoptés : votre Comité a la conviction que vous les avez accueillis avec la même faveur que les précédents dont je voudrais maintenant vous entretenir brièvement.

Et tout d'abord, l'un d'eux manque à l'appel, — nous avons rompu un traité qui ne nous donnait pas entière satisfaction. Nous estimons, en effet, qu'en aucun cas nous ne pouvons nous désintéresser de nos adoptions antérieures, que nous devons en exiger ce que loyalement nous en pouvons attendre, comme, d'autre part, nous devons les défendre contre une concurrence qui n'est pas toujours très scrupuleuse.

C'est ainsi que nous avons cru devoir répondre à certaines insinuations qui tendaient à discréditer les *Emulsions Le Beuf au baume de Tolu et au Goudron*. « Ce sont des savons, disait-on, des poisons lents plus nuisibles qu'utiles à la santé. » De telles allégations, si elles étaient reconnues vraies, seraient de nature à nous faire rompre un traité, quelque avantageux qu'il puisse être d'ailleurs : nous devions donc les contrôler et, notre expérimentation nous ayant démontré leur fausseté, vous dire hautement que vous pouviez accorder votre confiance à ces émulsions dont nous vous avions recommandé l'usage.

Nous nous regardons comme moralement responsables, je vous le disais tout à l'heure, et acceptons les devoirs que nous impose cette responsabilité. Or, après nous être livrés à un nouvel examen, nous persistons dans notre opinion première et regardons les Emulsions Lebeuf comme un progrès véritable réalisé dans la pharmacie.

Ajouterons-nous que la faveur accordée au *Coaltar saponiné* ne se dément pas et que ce produit dont le maniement est si facile et si inoffensif, conserve toujours son rang dans la série chaque jour croissante des médicaments antiseptiques ?

Cette défense de la marque adoptée, nous la continuerons pour les *pilules de Blancard*. Chaque année des prospectus, des voyageurs mêmes nous offrent des *pilules formule Blancrad* ou *procédé Blancard* à des prix dérisoires et n'ont pas honte de spéculer sur l'appât d'un gain scandaleux. Eh bien ! qu'on soumette ces contrefaçons à une expérimentation sérieuse, et l'on verra ce que l'on peut attendre de tels médicaments !

Vous savez encore quels anathèmes on lance contre les granules faits au pilulier — la raison de cette excommunication majeure ne serait-elle pas qu'ils portent ombrage aux granules faits en grand par un autre procédé ? Nous n'imiterons pas les pontifes de la bassine et nous nous garderons de toute imprécation ; nous préférons discuter scientifiquement les avantages du procédé Berthiot. Les *granules Berthiot* nous donnent, au point de vue du dosage, de la solubilité, de la qualité des médicaments employés, toutes les garanties que nous pouvons exiger... ; c'est à eux que nous réservons ce titre *d'armes de précision* qu'on a d'ailleurs assez heureusement trouvé.

Et, puisque nous sommes sur le chapitre des granules, permettez-moi, Messieurs, une explication nécessaire.

Nous ne sommes pas de ceux qui font dater la matière médicale de l'invention des granules, mais nous reconnaissons que la forme granulaire a réalisé un progrès sérieux en pharmacie. Nous ne sommes pas davantage de ceux qui croient devoir ajouter à leur titre de médecin une épithète quelconque, mais nous estimons qu'un médecin ne doit, en aucun cas, repousser, *à priori* et sans examen, un procédé nouveau ou une forme médicamenteuse nouvelle. Nous avons, sans parti pris d'aucune sorte, expérimenté les médicaments nouveaux et les indications nouvelles d'anciens médicaments que préconisent les médecins dosimétristes : nous avons, dans certains cas, obtenu de bons résultats et, dans ces cas, nous n'hésitons pas à emprunter à la dosimétrie sa matière médicale ou les applications nouvelles qu'elle recommande.

Nous ne portons aucun jugement sur ses doctrines, ni sur le mode de polémique qu'elle a cru devoir adopter, — tout cela nous importe peu; mais, fidèles au principe d'éclectisme en médecine comme ailleurs, nous prenons notre bien ou plutôt le bien des malades où nous le trouvons.

Nous ne sommes et ne serons jamais dosimétristes, mais nous employons à l'occasion les médicaments granulés et parfois selon les préceptes formulés par la dosimétrie.

La *Pepsine Boudault* qu'on avait pu croire à l'abri de mesquines attaques doit lutter aussi contre les produits du commerce de plus en plus nombreux et aussi, faut-il le dire? de plus en plus mauvais. C'est à ces produits qu'on doit les insuccès de la pepsine que crient sur tous les toits les prôneurs des substances rivales. En continuant à la *Pepsine Boudault* votre confiance éclairée, vous ferez justice de ces attaques imméritées.

Le vent est aux solutions de phosphate de chaux et mêmes aux solutions de chlorhydro-phosphate : chaque pharmacien prépare la sienne ou croit pouvoir la préparer sans se douter qu'il faut, pour obtenir un produit sortable, des appareils spéciaux et un tour de main que seule peut donner une manipulation continue. La *Solution Bourguignon,* la première en date, est restée la première aussi en qualité. Vous la prescrirez comme par le passé.

Enfin le *Thapsia Le Perdriel* et le *Sparadrap Beslier* à la glu, pour épuiser la série de nos spécialités pharmaceutiques, se recommandent toujours à vous pour les raisons qui ont déterminé leur adoption.

Notre liste d'Eaux minérales est restée stationnaire : des négociations sont en suspens par suite d'évènements sur lesquels nous ne pouvons rien, et nous avons dû refuser de nous engager dans une voie qui n'était pas celle du *Concours*. Nous ne prétendons pas critiquer, encore moins décourager des tentatives qui peuvent avoir leur bon côté, mais nous ne consentirons jamais à subordonner les intérêts du *Concours* ni sa force morale à la réussite d'une entreprise étrangère.

Je ne voudrais pas prolonger outre mesure ce rapport que l'abondance des matières va déjà rendre bien long, je ne puis cependant m'empêcher de vous signaler un genre de fraude contre lequel protestent avec raison les propriétaires des sources avec lesquels nous avons traité.

Aux lieu et place de la *Reine de Vals*, des marchands d'eaux minérales et même des pharmaciens délivrent des eaux différentes qui portent également le nom de la Reine. Nous ne voulons pas apprécier les mobiles d'une telle conduite, mais nous vous adjurons, Messieurs, de ne pas la tolérer.

Vous n'ignorez pas non plus avec quelle impudence on fabrique artificiellement les eaux minérales purgatives : la *Victoria* n'a pas échappé à ces contrefaçons — vous n'accepterez que les bouteilles dont la capsule est intacte et dont l'étiquette française porte l'analyse de M. Achille Müntz avec la signature qui sert de garantie.

Contrexéville, Eaux-Bonnes, Vichy-Cusset restent toujours les sources que vous savez, je me hâte donc d'aborder sous un autre point de vue les travaux du Comité.

Le Comité d'études n'a, en effet, pas seulement pour mission de se prononcer sur la valeur pharmacologique ou thérapeutique des produits que lui soumet le Directeur du *Concours*, il doit encore émettre son avis sur les conditions du traité à intervenir. — C'est certainement la première de ces deux fonctions qui, à ses yeux, est la plus importante et c'est à elle qu'il consacre la majeure partie de ce rapport. — Mais il ne croit pas pour cela que la seconde doive être négligée et il tient à vous exposer les principes généraux auxquels il s'est arrêté.

Nous avons adopté pour base de la rémunération que doit avoir la publicité de votre journal le nombre des membres du *Concours*.

Nous avons pensé également que les traités consentis par le *Concours* devaient avoir une durée de plusieurs années et pouvaient être dénoncés dans certains cas déterminés.

Ces conditions s'éloignent notablement de celles de la publicité ordinaire, mais notre publicité a un caractère particulier dont chaque jour les avantages sont mieux appréciés.

Telle est, Messieurs, la règle générale que nous avons appliquée et que nous appliquerons dans l'avenir; comme toutes les règles pourtant, elle aura ses exceptions. Vous admettrez, je pense, avec nous, que les considérations qui doivent dicter notre conduite sont d'ordre très divers et qu'il nous est impossible, par exemple, de repousser un produit excellent par cette seule raison que sa notoriété insuffisante encore ne permet pas à son propriétaire de nous verser immédiatement une somme relativement considérable.

C'est votre intérêt bien entendu, c'est celui du *Concours* qui nous règle toujours; et vous aurez, je pense, assez de confiance en nous pour nous laisser pleins pouvoirs.

Je vous demande, Messieurs, un dernier moment d'attention.

L'an dernier, nous vous disions que la rédaction des annonces nous paraissait pouvoir présenter quelques améliorations : « Notre ambition, disions-nous, serait d'arriver à ce qu'on voulût bien lire attentivement les annonces. » C'était une tâche difficile, nous ne l'ignorions pas, nous nous sommes efforcés pourtant de faire quelque chose en ce sens. Votre rapporteur, Messieurs, n'a pas qualité pour apprécier ce qui a été fait, mais il croit pouvoir vous dire que cette partie de la rédaction n'a pas été négligée.

Nous demandions aussi à ceux d'entre vous qui s'occupent de pharmacologie et de thérapeutique de vouloir bien nous transmettre le résultat de leurs observations. Nous avons reçu quelques communications, mais elles ont été, à notre avis, beaucoup trop rares. Nous attachons à votre approbation une importance d'autant plus grande qu'elle est exempte de l'engouement et aussi de la partialité dont trop souvent ne savent pas se défendre des noms qui passent pour faire autorité en la matière.

Convaincus qu'il y a dans vos observations personnelles une source inépuisable de communications intéressantes à exploiter, nous avons décidé la création d'un *Prix annuel de pharmacologie et de thérapeutique* qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire rédigé sur l'un quelconque des produits annoncés dans le *Concours*. — Une note ultérieure, insérée au journal, vous donnera sur ce prix toutes les explications désirables.

Nous faisons, vous le voyez, appel encore une fois à votre expérimentation personnelle, nous osons espérer, Messieurs, que cet appel ne restera pas sans écho.

En terminant, Messieurs, je dois vous dire quelques mots de la question des fournisseurs communs qui rentrent dans les attributions du Comité d'études.

Pour tout ce qui est médical, l'institution de ces fournisseurs est intéressante, et pour nous convaincre de son utilité, nous n'avons qu'à entendre le témoignage des intéressés eux-mêmes.

— Les maisons de droguerie reçoivent des commandes nombreuses ; il en est de même de la maison *Galante* et nos confrères profitent des réductions de prix notables obtenues pour eux.

Le service du *Vaccin* n'est pas moins important et nous sommes convaincus d'avoir, en l'installant, assuré aux membres du *Concours* des avantages véritables.

Les maisons *Dupont*, *Walter-Lécuyer*, *Chardin* reçoivent également des ordres, quoique moins souvent, mais ce résultat tient aux indications relativement rares qui font recourir à elles.

Quant aux annonces extra-médicales, nous n'avons pas à nous en occuper ici, elles relèvent du seul Comité d'administration.

J'ai fini, Messieurs, l'exposé de nos travaux : me permettrez-vous, avant de vous quitter, d'affirmer devant vous le parfait accord qui n'a cessé de régner entre notre Comité et notre excellent Directeur ou les autres Comités ? Il n'en pouvait être autrement, puisque nous ne poursuivions tous qu'un même but : la prospérité du *Concours* et la satisfaction de vos intérêts légitimes.

Et maintenant, Messieurs, pardonnez-moi de vous avoir retenus si longtemps sur un sujet qui, en dépit de son importance, n'est guère récréatif.

(*Applaudissements*)

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉDACTION

M. le Dr Geoffroy, *secrétaire du Comité de rédaction*, donne lecture du rapport de ce comité :

Messieurs et chers confrères.

C'est la seconde fois que suis appelé à l'honneur de vous rendre compte des travaux du Comité de Rédaction. J'ai eu, par conséquent, déjà l'occasion de vous exposer longuement le but que nous nous proposions, la méthode que nous avons résolu de suivre : Or, notre but reste et restera toujours le même, notre méthode n'a pas changé et n'a pas à changer, croyons-nous du moins, pour le moment. Vous ne me demanderez donc pas, Messieurs, de vous développer de nouveau notre programme : ce serait me demander de refaire, sans utilité aucune, le travail que vous avez déjà approuvé dans notre dernière réunion. J'aime bien mieux supposer que vous avez encore présentes à l'esprit les considérations générales dans lesquelles il m'était nécessaire d'entrer une première fois, pour n'y plus revenir, et passer immédiatement à l'examen du chemin que nous avons parcouru cette année.

Vous avez trouvé dans le Bulletin un compte-rendu aussi exact que possible des faits scientifiques importants, à mesure qu'ils se produisaient ; les questions professionnelles y ont figuré moins fréquemment que l'année dernière, parce que celles qui se présentaient à nous avaient moins d'actualité ou étaient trop importantes pour ne pas occuper une place à part dans la partie professionnelle du journal.

Cependant, c'est dans le Bulletin que nous avons abordé l'importante question des rapports qui doivent exister, à notre avis, entre l'Association générale et les Syndicats, en montrant ce qu'était, ce que devait être chacune de ces deux institutions que nous croyons faites pour s'entr'aider, pour se prêter un mutuel appui et non pour donner lieu à une rivalité stérile. Les termes dans lesquels nous avons exposé notre opinion ont été assez modérés et impartiaux pour que le vénéré Président de l'Association générale ait cru devoir nous remercier de nos paroles et, pour ne pas demeurer en reste de politesse avec nous, se déclarer « *partisan de tout petits syndicats* », c'est-à-dire justement de ceux que nous recommandons nous-mêmes.

Si l'on réfléchit bien d'ailleurs, on pensera, comme nous, qu'il ne pouvait y avoir aucun désaccord bien profond entre les deux institutions

dont nous venons de parler. Les Syndicats, destinés à soutenir le médecin dans le cours de sa rude carrière, ne sauraient avoir l'intention de le priver d'aucun des moyens de protection dont il dispose actuellement ; ils prétendent seulement l'armer d'une force nouvelle que, par sa nature et ses règlements, l'Association générale est incapable de lui fournir ; ils veulent, non pas contrarier, mais compléter l'œuvre de défense commencée par elle, en proclamant bien haut qu'au milieu des obstacles que nous avons à surmonter dans l'exercice de notre profession, ce n'est pas trop pour nous d'avoir un double appui. Ils n'ont donc aucune peine à reconnaître que, dans la voie qu'ils suivent, l'Association générale est et doit rester leur grande sœur : grande sœur, car elle est beaucoup plus ancienne qu'eux; or, pour les associations, l'ancienneté est un élément de puissance incontestable ; grande sœur, car elle a rendu de très réels services à la corporation médicale, car elle a compté et compte encore dans ses rangs des protecteurs éminents dont elle est justement fière. Mais pour être jeunes et « *et tout petits* », les Syndicats n'en sont pas moins de la même famille que la respectable Association générale, et ils ne demandent qu'à marcher sur ses traces, à contribuer au développement de sa vaste puissance, en se développant eux-mêmes dans leur sphère plus humble.

Nous avons publié une quantité plus considérable de TRAVAUX ORIGINAUX que l'année dernière; et cependant nous n'en recevons pas autant que l'on devrait s'y attendre, étant donné le grand nombre de nos adhérents. Il semble, en effet, que ce serait là le mode de concours le plus à la portée de tous. Nous demandons, en effet, simplement au praticien de prendre quelques notes en soignant ses malades, de méditer un peu sur les cas qu'il lui a été donné d'observer, et de nous faire part des réflexions qu'ils lui ont suggérées. Les gros traités de pathologie sont encore loin de contenir le dernier mot de la science : les malades et les maladies présentent une telle variété que nous avons toujours quelque chose de nouveau à apprendre.

Eh bien nous voudrions voir nos confrères mettre en commun cette expérience personnelle qu'acquiert chaque praticien, à mesure qu'il avance dans sa carrière, nous voudrions qu'ils nous fissent part des difficultés qu'il ont eu à surmonter en telle ou telle circonstance, afin d'éviter les mêmes difficultés au confrère qui se trouvera à son tour placé dans des circonstances analogues. Certes nous demandons des travaux sérieux, mais il ne s'agit pas ici de faire de la science pure, de développer avec finesse et érudition telle hypothèse brillante : nous nous adressons à des praticiens, c'est surtout de sujets de pratique journalière qu'il faut que nous les entretenions. Ce n'est pas que nous dédaignions la science pure, personne n'en fait plus de cas que nous; mais, comme je vous le disais l'année dernière, elle a ses organes ordinaires, et nous n'avons, nous, d'autre prétention que celle d'être utile à nos confrères, en leur facilitant la pratique de leur profession comme nous essayons de leur faciliter aussi la vie matérielle. — Puisque tous nos confrères ne répondent pas à notre appel, c'est une raison de plus pour que nous témoignions notre gratitude à ceux d'entre eux qui ne sont pas restés sourds à notre voix, et d'abord à notre cher et assidu collaborateur, le Dr POULET (*de Plancher-les-Mines*) qui a publié, dans nos colonnes, un grand nombre de travaux originaux que nous regardons comme le modèle de ceux que nous demandons à nos confrères. Les travaux de M. Poulet révèlent, en effet, le praticien instruit et expérimenté, le clinicien consommé, doublé d'un homme de science et de réflexion ; aussi est-ce à lui que, d'un commun accord, a été décerné le PRIX DU CONCOURS MÉDICAL pour l'année 1881. A côté de M. Poulet, nous trouvons encore quelques noms de confrères distingués, dont vous vous rappelez les travaux intéressants : MM. RIZAT, LIÉGEOIS (*de Bainville-aux-Saules*), ARNAUD (de *Saint-Gilles-du-Gard*), TARTARIN fils (*de Bellegarde*) et RAYMOND (*d'Antibes*), auxquels nous adressons tous nos remerciements pour le concours qu'ils ont apporté à notre œuvre.

L'Assemblée générale de 1881 avait témoigné une grande satisfaction de la façon dont avaient été compris les articles que nous plaçons sous la rubrique MÉDECINE PRATIQUE ; aussi l'auteur de ces articles a-t-il persévéré dans la même voie, suivi la même méthode, et nous sommes convaincu que l'Assemblée reconnaitra que, cette année, il a obtenu un succès au moins égal.

Ce n'est pas chose facile, MM., que de reprendre un à un les chapitres de la pathologie, de condenser en un résumé à la fois rapide et complet les traits principaux qui donnent, pour ainsi dire, à chaque maladie son caractère particulier, en insistant sur les points de clinique pratique, qui disparaissent souvent dans nos gros traités classiques, noyés dans le détail de la description, et qui sont cependant d'un si utile secours au praticien qui veut asseoir solidement son diagnostic; enfin, en mettant à contribution, avec autant d'érudition que de critique, tous les travaux récents que le praticien n'a pas toujours le temps de lire. Ce n'est pas, non plus, chose facile que de revêtir d'une forme vraiment littéraire les sujets toujours un peu arides de la pathologie et de la thérapeutique : M. PAUL GERNE nous semble avoir vaincu toutes les difficultés pour le plus grand plaisir de nos lecteurs, qui, j'en suis sûr, lui seront reconnaissants de la peine qu'il prend pour leur remettre en mémoire tel détail délicat qu'ils ont pu oublier, pour leur faire connaître telle acquisition nouvelle de la science qui a bien pu leur échapper au milieu des occupations trop absorbantes de la pratique journalière.

J'avais eu l'honneur de vous présenter, l'année dernière, ou plutôt de vous annoncer notre nouveau rédacteur pour les sujets de CHIRURGIE PRATIQUE, M. HAMBAR ; je suis heureux de constater

aujourd'hui avec vous que M. Hambar a parfaitement répondu aux espérances que ses premiers travaux nous avaient fait concevoir. Vous avez vu avec quelle autorité et quelle sûreté de jugement il a abordé les différents cas de chirurgie qui se présentent le plus souvent dans la pratique; les conseils qu'il nous donne sont tous tirés de motifs discutés avec beaucoup de soin, appuyés sur des faits que l'auteur a relevés dans le service de nos maîtres, dans leurs leçons et leurs écrits. En un mot, les articles de M. Hambar me paraissent être des modèles dans le genre que nous avons voulu créer à l'usage de nos lecteurs, et je suis persuadé, MM., que vous ratifierez tous le jugement que nous portons ici.

La médecine et la chirurgie pratique sont complétées par des études fort bien faites de pathologie spéciale; les articles d'OPHTHALMOLOGIE sont dus à la plume de notre savant confrère, le Dr S. BAUDRY *(de Lille)* qui, au milieu des occupations qu'impose une nombreuse clientèle, trouve encore assez de loisirs pour contribuer, pour une part très honorable, au succès de notre œuvre : je dois en dire autant d'un de nos confrères, aussi distingué que modeste, le Dr RIZAT qui a bien voulu se charger, avec sa compétence toute spéciale, de faire, pour nos lecteurs, une REVUE DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU.

Sous la rubrique COURRIER nous continuons à publier les notes que nous adressent nos confrères sur des points de détail, les observations abrégées qu'ils tirent de leur pratique. Notre courrier est donc un recueil de faits et de remarques, recueil composé au courant de la plume et, qui, comme tel, n'a aucune prétention. Si, cependant, ceux de nos lecteurs qu'effrayerait une œuvre de plus longue haleine voulaient une bonne fois se laisser convaincre et correspondre plus souvent avec nous, nous aurions bientôt créé une mine de faits, d'observations et de remarques qui nous intéresseraient et nous instruiraient tous.

LES REVUES DE LA PRESSE FRANÇAISE ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES, les REVUES DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE sont toutes conçues dans le même esprit : faire connaître à nos adhérents les faits médicaux importants qui se passent tant en France qu'à l'étranger, les tenir au courant des progrès de la science, en leur prenant le moins de temps possible. Les noms sympathiques de MM. FISCHER, POMBOURCQ et PICARD vous sont bien connus, car vous les voyez revenir souvent. MM. Baudry et Rizat, MM. Fischer, Pombourcq et Picard sont des praticiens occupés, comme M. Poulet, comme tant d'autres, et, cependant, vous voyez qu'ils trouvent moyen d'apporter leur pierre à l'édifice que nous élevons dans l'intérêt commun; malgré toute leur modestie, ces messieurs me permettront bien de les offrir en exemple à nos autres confrères.

Nos adhérents nous ont prêté un secours plus efficace pour la rédaction de la CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. Ici d'abord nous retrouvons des noms bien connus de nos lecteurs : le Dr GASSOT pour les questions de RÉVISION DE LA LÉGISLATION, pour la question toujours très épineuse : MÉDECINE ET PHARMACIE; le Dr MIGNEN qui a mené à bonne fin la vaste étude qu'il avait entreprise sur la MÉDECINE CANTONALE; le Dr BIBARD que nous trouvons toujours prêt à discuter et à élucider les points obscurs, à vaincre les difficultés de détail que l'on rencontre à chaque pas dans la mise en pratique de la LOI ROUSSEL. Notre excellent collaborateur ne se plaint que d'une chose, c'est que nos confrères ne répondent pas suffisamment à son appel et ne fournissent pas assez de matériaux à son activité. — Rendons hommage à nos chers collaborateurs et remercions-les du dévouement qu'ils apportent à la cause commune.

LES RAPPORTS DES MÉDECINS AVEC LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS que notre confrère le Dr BÉRAUD traite avec tant de compétence ont passé, dans quelques régions, à Compiègne, par exemple, et à Montcornet (Aisne), par une phase véritablement critique qui a fourni aux médecins l'occasion d'affirmer hautement leurs droits, sans amoindrir, en quoi que ce soit, cette réputation de désintéressement et de charité qui est l'honneur du corps médical. C'est qu'ils ont proclamé et appliqué les théories du *Concours médical* et de M. Béraud : chercher à soulager avec le plus grand dévouement les malheureux, mais ne pas permettre que, sous prétexte de charité, on exploite sans vergogne le médecin, et cela souvent au profit de personnages ambitieux et remuants; se rappeler enfin que c'est à la société entière et non au seul médecin qu'incombe le devoir sacré de secourir les indigents.

Des discussions intéressantes se sont élevées dans nos colonnes sur la MÉDECINE LÉGALE ET LES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX. Sur ce point, comme sur tant d'autres d'ailleurs, nous sommes tous d'accord : il ne faut pas se contenter de récriminer, mais pousser la résistance jusqu'à la limite du droit. Ici, en effet, ce n'est plus une législation qu'il s'agit de réformer, c'est un simple décret qu'il serait bien facile de rapporter en le remplaçant par des dispositions un peu plus modernes. Tout le monde en effet s'accorde à le regarder comme inique, même ceux qui nous l'appliquent; mais ils n'en continuent pas moins à nous l'appliquer par habitude; ils ne pourront donc trouver mauvais que notre dignité se révolte; et les difficultés que suscitera notre résistance produiront certainement plus d'effet que toutes nos réclamations : telle est la conclusion que nous devons tirer des travaux et des communications de MM. les Drs CARRIÈRE *(de Saint-André de Valborgne)* BOELL, LARDIER *(de Rambervillers)*, RAYBERT, MARCHAND et MAUSSIRE.

Je dois encore vous rappeler les intéressantes

communications de M. POULET sur la *médecine des indigents*, de M. GAUTIER (*de Mamers*) sur les *rapports des médecins et des pharmaciens*, de M. MORA sur les *médecins étrangers*, de M. LACHIZE sur le *secret professionnel*. Que les confrères que nous venons de nommer veuillent bien accepter nos plus sincères remerciments et se souvenir que nous sommes toujours prêts à accueillir leurs justes réclamations.

Nous nous sommes fait un véritable plaisir de publier, dans nos colonnes, le traité tout à fait magistral de la *Réquisition en matière de médecine* dû à la plume de M. Dr CAUCHY, dont tous nos confrères connaissent le dévouement à la cause professionnelle. Enfin nous avons commencé à faire connaître à nos lecteurs le travail très original que le Dr PERRON (*de Besançon*) a écrit sur « *l'Honnêteté professionnelle.* » L'auteur a traité dans son ouvrage les principales questions de déontologie médicale avec cette bonhomie narquoise qui est particulière au Franc-Comtois et qui n'exclut pas la finesse.

Pour terminer cette longue énumération par un souvenir gai, je ne saurais mieux faire que d'évoquer en votre esprit le souvenir des amusantes causeries de notre confrère de Royat, le Dr Barry, qui, sous une forme aimable et badine, a traité avec beaucoup de profondeur de graves sujets. C'est ainsi qu'entre autres choses il nous a appris ou plutôt rappelé. — « *Comment on paye* » ce personnage « *taillable et corvéable à merci* » que l'on appelle le médecin; c'est ainsi qu'il nous a encore révélé « *L'art de parvenir*; » « *Mon ami Cacao* » est un type que le médecin rencontre chaque jour et qui, en réalité, a la vie plus dure que ne le suppose notre excellent collaborateur : c'est, du reste, la seule querelle que je lui chercherai.

Après avoir ainsi parcouru et analysé avec vous les différents *chapitres* de notre journal, il ne me reste plus Messieurs, qu'à vous signaler les principaux résultats obtenus. Nos efforts ont porté plus particulièrement sur deux points dont notre excellent Directeur vient déjà de vous entretenir, mais que le *Comité de rédaction* ne saurait non plus passer sous silence, je veux parler de la Révision de la législation médicale et de la fondation des Syndicats. Sur cette dernière question, vous vous rappelez les efforts tentés depuis quelque temps déjà par M. MARGUERITTE, par M. CAUCHY et par tant d'autres. C'est surtout depuis cette année, que ces efforts ont enfin produit des résultats très sérieux que nous avons constatés au fur et à mesure qu'ils nous étaient signalés et que nous avons réunis dans le numéro de cette année qui a été spécialement consacré aux Syndicats. Ces résultats ont été assez importants pour nous obliger à détacher la CHRONIQUE DES SYNDICATS du reste de la chronique professionnelle. La chronique professionnelle, en effet, est principalement destinée à recevoir l'expression de nos plaintes et de nos désirs ; elle a surtout à traiter des réformes sur lesquelles nous croyons devoir appeler l'attention de nos confrères : or, l'existence des Syndicats est, dès maintenant, un fait acquis qui ne rencontre plus guère d'opposition sérieuse ; il ne s'agit plus que de le faire entrer dans nos habitudes, de le mettre en accord avec les institutions déjà existantes. C'est la tâche utile et délicate qu'a entreprise et qu'accomplit avec beaucoup de zèle et de succès M. BARAT-DULAURIER, le sympathique secrétaire de la Commission générale des Syndicats.

Dans votre dernière Assemblée générale, vous avez donné votre approbation aux études que notre excellent collaborateur et ami, le Dr Gassot, poursuivait alors sur la *révision de notre législation*, et passant de la discussion à la mise en pratique, vous avez nommé une Commission pour procéder à cette révision et proposer sur ce sujet un programme qu'il serait ensuite facile de transformer en projet de loi, avec le concours de ceux de nos confrères qui siègent au Sénat et à la Chambre des députés. Cette Commission s'est réunie dès le mois de décembre dernier : les noms de ses membres et l'ordre de ses travaux ont été portés à votre connaissance par le journal, je n'ai donc rien à vous apprendre à ce sujet. Quant aux résultats de ses travaux, ils ont fait l'objet d'un rapport que vous avez probablement lu, ou du moins parcouru, quoiqu'il soit un peu volumineux. Mais le sujet demandait à être traité d'une façon complète, et il n'était pas inutile de réunir en un tout les différentes discussions auxquelles nos lois médicales avaient donné lieu : c'était une façon de motiver nos propres résolutions et de faciliter le travail des législateurs qui voudront bien reprendre notre œuvre et la mener à bonne fin à la tribune de la Chambre des députés. Notre rapport a été envoyé à tous les médecins de France et particulièrement aux médecins sénateurs et députés pour lesquels il a été écrit. Notre honorable Président vient de vous dire ce que nous comptions faire à ce sujet et ses paroles ont dû vous convaincre que nous n'avions nullement l'intention d'en rester là : nous comptons bien agir, dès que notre action pourra se produire avec des chances de succès.

Messieurs, quoique j'aie pris une certaine part aux travaux de la Commission, les fonctions que je remplis en ce moment m'amènent à vous proposer d'adresser des remerciements aux Membres de cette Commission et à notre honoré Président, le Dr CÉZILLY, qui ne marchande jamais sa peine, quand il s'agit de l'intérêt général de notre corporation. Nous devons tous les remercier du dévouement avec lequel ils nous ont apporté leur collaboration, des sacrifices qu'ils ont dû faire de leur peine et de leur temps avec un désintéressement que vous saurez fort bien apprécier et qui nous a permis de mener à bonne fin la première partie de cette œuvre que vous nous donnerez certainement les moyens de continuer. Nous n'avons pas, en effet, épuisé la question des réformes : il nous en reste malheureusement encore beaucoup à proposer ; mais nous devons attendre l'accueil que nos premiers essais recevront du Parlement.

Messieurs, dans le rapport que je vous soumet-

tais l'année dernière, je résumais en quelques lignes, que je vous demande la permission de vous rappeler, le programme que nous avions cru devoir nous tracer dans la rédaction du journal : « Signaler les abus nombreux et criants dont le médecin est tous les jours victime; attirer l'attention du corps médical sur les réformes les plus pressantes à introduire dans la législation surannée qui réglemente notre profession; chercher, par tous les moyens honnêtes et légitimes qui sont à notre disposition, à augmenter autant que possible le bien-être du praticien; entretenir en lui le sentiment de la dignité professionnelle, et cela, tout en le tenant au courant du progrès de la science, tel a été le but, bien modeste sans doute, mais aussi bien généreux et d'une incontestable utilité, que notre Fondateur s'est proposé; tel a été le but que la Rédaction s'est efforcée d'atteindre. » — Messieurs, nous venons de faire devant vous notre examen de conscience : c'est à vous maintenant, qu'il appartient de dire si nous avons suffisamment rempli ce programme, si, en un mots le « CONCOURS MEDICAL » a tenu le rang, qu'il s'était assigné au milieu des autres organes de la presse médicale.

(*Applaudissements*).

RAPPORT DU COMITÉ D'ADMINISTRATION

La parole est enfin donnée à M. le D$_r$ LEBRUN, *membre du Comité d'Administration*, pour lire le rapport de ce Comité.

Messieurs et chers confrères,

Chargé par M. le Directeur du *Concours médical*, de vous rendre compte de l'administration de notre Société pendant le dernier exercice, j'ai l'honneur de venir vous exposer notre situation financière au 30 juin 1882.

Je vous ferai connaître ensuite l'emploi de la somme disponible en 1881, somme dont l'Assemblée avait déterminé les affectations.

En troisième lieu je vous mettrai au courant de la situation de la Caisse de Prévoyance des Assurés de la Vie, membres du Concours Médical.

Enfin, je vous proposerai d'établir un Budget de prévision (recettes et dépenses) pour l'Exercice en cours.

Au 30 juin 1881 nous possédions un actif dont je reproduis les termes :

1° Avances de loyers	1,000 »
2° Mobilier	3,181 »
3° Bibliothèque et Collection du Journal	1,750 »
4° Sommes affectées au prix du *Concours* et sommes dues par divers	2,635 »
5° Papier en magasin et avances aux fournisseurs	2,027 55
6° Espèces	4,131 05
Total...	14,724 60

Exercice 1882.

Inventaire du 1er juillet

ACTIF.

ACTIF IMMOBILISÉ. — Loyer d'avance	1,000 »
Collection et Bibliothèque	1,700 »
Mobilier	3,000 »
Cautionnement à l'imprimeur	150 »
Total..	5,850 »

ACTIF DISPONIBLE. — Espèces en caisse	346 40
Espèces au Crédit lyonnais	3,791 30
Papier en magasin	2,250 »
DIVERS. — Sommes dues pour Publicité faite dans le Concours et pouvant être considérées comme argent en caisse	7,147 01
Total...	13,534 71
Total général	19,384 71

PASSIF.

1° Loyer courant	508 »
2° Dû à divers	3,280 39
3° Dû à la Caisse de Prévoyance	1,103 19
Total du passif	4,891 58

BALANCE.

On peut considérer comme bénéfices de l'Exercice l'Actif disponible diminué du Passif.

Actif disponible	13,534 71
Passif	4,891 58
Bénéfices..	8,643 13
A prélever (Dû au Directeur 10 0/0 sur les bénéfices)	864 31
	7,778 82
Soit : Bénéfices à la disposition de l'Assemblée générale	7,778 82

La Société du *Concours Médical* a donc au 30 juin 1882 un capital de 13,986 fr. 40; vous remarquerez qu'elle a fait l'emploi des 4,000 fr. disponibles, reliquat de l'année dernière, et n'a pas voulu constituer de réserves jusqu'à ce jour. Vous voudrez bien remarquer aussi que notre actif disponibilité est le double de celui de l'année dernière, presque 8,000 francs.

Emploi des fonds provenant de l'exercice dernier soit : 4,131, 05.

Cette somme a été affectée par décision de l'Assemblée générale du 14 Août 1881 :

1° A la poursuite des revendications législatives.

2° A l'amélioration de la rédaction du Journal.

Premier chapitre. — Il a été consacré une somme de 500 francs aux frais de réunion de la Commission de révision.

Je dois vous faire observer, Messieurs, que si ces frais n'ont pas été plus élevés, nous le devons à ces deux circonstances, que quelques Membres de la Commission habitent Paris ; que d'autres, étant médecins de chemins de fer, ont bénéficié de leur permis de circulation, et enfin que tous ont décidé, par un vote, qu'ils renonçaient à l'attribution, que vous auriez trouvé légitime, des jetons de présence.

Le rapport de la Commission de révision de la législation, œuvre considérable de notre distingué confrère le docteur Geoffroy, comprend cinquante-six colonnes du journal et a été adressé à tous les médecins de France. Il a été occasionné, du chef de la composition, correction, papier, tirage, affranchissement, une dépense de 1,200 fr. environ.

Nous avons fait en outre tirer sous forme de Brochure, avec papier de luxe, mile exemplaires du rapport.

Ils sont en votre possession et seront utilisés en vue des démarches que vous déciderez auprès des législateurs. — Dépenses de ce chef : 250 fr.

Deuxième chapitre. — Pour nous conformer à votre décision nous avons augmenté les frais de rédaction d'une somme de 2,650 fr.

Cette augmentation provenait d'ailleurs partiellement de l'acceptation par l'Assemblée des conditions nouvelles d'organisation intérieure qui attribuent aux secrétaires une somme de un pour cent sur les recettes brutes.

Vous voudrez bien remarquer aussi que ces dépenses deviennent permanentes et doivent entrer dans les prévisions de notre budget de 1883.

Ensemble des deux chapitres : 4,600 fr.

Nous avons donc dû dépasser la somme à employer, et avons pris l'excédent sur les recettes de 1882.

Budget de 1883.

Il a paru avantageux aux Comités d'établir un budget de prévision, je viens vous en soumettre les éléments. Ils sont tirés des chiffres énoncés dans les traités de publicité signés pour des durées diverses et des sommes produites par nos recettes variables. Pour celles-ci, on s'est tenu au-dessous du chiffre constaté en 1882. Pour les dépenses, elles sont établies sur les bases des divers chapitres de dépenses de 1881.

Dépenses prévues.

1° Journal	26,450 »
2° Frais généraux	2,400 »
3° Employés	2,000 »
4° Comités et réunions	1,450 »
5° Loyer et impositions	2,160 »
6° Rémunération de 3 secrétaires à 1 0/0 sur 50,000	1,500 »
7° Rémunération statutaire de la propriété à 10 0/0 sur 50,000	5,000 »
8° Frais imprévus	500 »
Total	41,460 »

Recettes prévues.

1° Recettes assurées par traités.	48,790 ».
2° Recettes éventuelles calculées sur les chiffres de l'exercice antérieur	2,350 »
Total	51,160 »

Balance

Total des recettes prévues	51,160 »
Total des dépenses prévues	41,460 »
Excédent prévu	9,700 »

Vous voyez, par cet exposé de prévisions, que même en admettant qu'il ne fût pas conclu de nouveaux traités et que la progression des recettes constatées jusqu'à ce jour ne vînt pas à se produire, vous pouvez avoir la certitude de posséder à la prochaine Assemblée générale un minimum de disponibilité de *neuf mille sept cents francs* qui seront largement dépassés.

Situation de la Caisse de Prévoyance des Assurés sur la Vie, membres *du* Concours médical.

Cette Caisse possède, au 6 septembre courant, une somme de 3,435 fr. 59 représentée par cinq obligations dont le montant est de 2,332 fr. 40, moins un franc de droit de garde, et par la somme de 1,103 fr. 19 comprise dans le passif du *Concours médical.*

Soit.	2,332 40
	1,103 19
Total.	3,435 59

(Applaudissements).

M. le Dr Cézilly expose que les divers rapports ont reçu l'approbation du Conseil des Comités qui en a accepté les termes à l'unanimité, après avoir vérifié les pièces justificatives et entendu les explications diverses qu'il croyait devoir réclamer. Il donne la parole à ceux des Membres qui auraient quelque observation à présenter.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voies les résolutions suivantes :

RÉSOLUTIONS

1° *L'Assemblée approuve les rapports qui viennent de lui être présentés sur l'exercice 1881-1882 et adopte leurs conclusions.* — Adopté.

2° *L'Assemblée vote l'encaissement par la société civile du Concours médical de la somme de 7778 fr. 82 représentant la fraction 90 0/0 qui, d'après l'article 3 des statuts, lui revient sur les bénéfices réalisés pendant l'année Juillet 1881 à Juillet 1882.* — Adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion et le vote sur l'emploi de cette somme de 7,778 fr. 82 c.

Le *Secrétaire* donne lecture de l'extrait du procès-verbal du Conseil des comités qui propose pour cette somme les affectations suivantes :

VOTE DE L'EMPLOI DE LA SOMME DE BÉNÉFICES DISPONIBLE

Conformément à l'article XIII du Réglement concernant les Comités, le Conseil des Comités arrête, comme suit, l'emploi de la somme de 7778 fr. 82 qui représente le total des bénéfices de l'année 1881-1882. Chacune des décisions ci-dessous est immédiatement soumise au vote de l'Assemblée qui en prononce l'acceptation ou le rejet.

1° *A l'unanimité*, le Conseil *décide qu'il y a lieu de* créer un fonds de réserve *qui permette de parer à des éventualités fâcheuses, toujours possibles dans le présent, et d'assurer, dans l'avenir, la perpétuité de certaines fondations. Ce fonds de réserve sera placé en valeurs, d'après le conseil de MM. Rappeport et Chanlaire.*

Une somme de deux mille fr. *est affectée à cette réserve.*

L'Assemblée accepte cette affectation.

2° *Le* Conseil *décide qu'il y a lieu d'affecter une somme au* paiement de la cotisation à l'Association Générale *des Médecins de France, pour ceux des membres qui, par suite de leur position précaire, seraient dans l'impossibilité d'effectuer ce paiement.*

La somme, *prélevée à cet effet*, est fixé à six cents francs.

M. le Dr Landur s'élève contre cette affectation; et il motive son opinion en faisant remarquer que tous les Membres du *Concours* ne font point partie de l'Association Générale, et en contestant absolument d'ailleurs l'utilité de cette Association. L'honorable Membre ajoute qu'il ne saurait admettre comme sociétés de secours mutuels que celles dont le fonctionnement assure à chaque Sociétaire le droit à une pension. MM. les Drs Lamothe, Leroy et Ledé prennent part à la discussion.

[illegible] repousse l'affectation.

3° *Convaincu qu'il est de son devoir de favoriser par tous les moyens possibles, la création de Syndicats médicaux,* le Conseil *décide que la* somme de mille francs *sera consacrée à des* prêts aux Syndicats.

Ces demandes de prêts devront être faites par le président du syndicat et appuyées d'une délibération du syndicat.

L'Assemblée accepte cette affectation.

4° *L'œuvre de* Révision de la législation médicale *n'étant qu'ébauchée,* le Conseil *décide qu'il sera prélevé une* somme de mille francs *pour cet objet.*

L'Assemblée accepte sans discussion cette affectation.

5° *Le* Conseil *décide que, malgré le peu d'importance des ressources disponibles, il y a lieu d'affecter une partie des bénéfices annuels à une œuvre de solidarité confraternelle.*

Regrettant de ne pouvoir faire davantage, il consacre une somme de deux mille francs *aux frais que pourrait nécessiter le* remplacement, *pendant un mois*, de confrères qui, par suite de maladie, seraient contraints de renoncer momentanément à l'exercice de leur profession *et dont la situation personnelle ne permettrait pas de faire face à cette dépense.*

Les demandes devront être appuyées du président du Syndicat de la région ou, dans le cas où il n'existerait pas de Syndicat, par deux confrères membres du Concours.

L'Assemblée acclame la proposition.

M. le Dr Tison propose d'ajouter à ces deux mille francs les six cents francs dont l'Assemblée [illegible]

sation annuelle. Cette demande ne rencontrant pas d'opposition est acceptée.

L'ASSEMBLÉE *vote donc l'affectation de la Somme de deux mille six cents francs aux frais de remplacement de confrères qui, par suite de maladie ou d'accident, se verraient contraints de renoncer momentanément à l'exercice de leur profession.* Après une discussion à laquelle prennent part MM. Leroy, Baratoux, Lamothe, Launay, et les Membres du Bureau, *elle laisse toute latitude aux Comités et au Conseil de direction pour prendre telle décision qu'il appartiendra,* afin d'assurer le bon et légitime emploi de la somme votée dans le but tracé par le Conseil et accepté par l'Assemblée.

6° *Reconnaissant l'utilité que pourrait présenter un* Annuaire des Médecins de France, *publié par les soins du* Concours Médical, *le* CONSEIL *décide que l'initiative en pourrait être laissée aux Membres du* Concours, *spécialement organisés à cet effet, mais que le* Concours *peut y contribuer dans une certaine mesure. Ce serait ainsi le moyen de se créer des ressources permanentes pour l'avenir et de se réserver la possibilité de fonder une œuvre de solidarité confraternelle, telle que la création de bourses pour les fils de confrères malheureux.*

Une somme de mille francs *est réservée à cet usage spécial.*

M. le Président donne quelques renseignements à cet égard. M. le Dr Lainé demande qu'on joigne à l'annuaire un agenda.

L'ASSEMBLÉE accepte cette affectation, laissant aux Comités compétents le soin d'étudier l'affaire et de la mettre en pratique.

7° *Le surplus des bénéfices, soit une somme de 178 fr. 82, est reporté à l'exercice* 1882-1883.

Accepté sans discussion par *l'Assemblée.*

8° *Le Comité d'administration, chargé, en ce qui le concerne, de l'exécution de ces décisions devra, dans son rapport sur l'exercice* 1882-1883, *consacrer un chapitre spécial à la façon dont elles auront été mises en pratique et présenter à l'Assemblée de 1883 un compte particulier sur les dépenses effectuées de ce chef.*

Accepté sans discussion par *l'Assemblée.*

Toutes les décisions qui précèdent ont été prises par l'Assemblée à une très grande majorité; quelques-unes à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la nomination des Membres des Comités. M. le Dr Cézilly reprend alors la parole.

NOMINATION DES COMITÉS

Messieurs,

Le réglement concernant les Comités, établi en vertu des articles VII et VIII des statuts de la société civile du *Concours médical* porte :

Art. VII. — Les membres des Comités sont nommés par l'Assemblée générale, sur la présentation du Directeur.

Art. VIII. — La durée des fonctions des Comités est d'une année. Dans l'intérêt de la Société, elle peut être prolongée sur la demande du directeur et par mesure individuelle.

En conséquence j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De maintenir en fonctions comme *Membres du Comité d'Etudes des annonces* :

M. le Dr GASSOT (*de Chevilly, Loiret*).

M. le Dr RABOURDIN (*de Voves, Eure-et-Loir*),

M. le Dr CAMBOULIVES (*de Graulhet, Tarn*).

J'aurais pu vous proposer le remplacement de M. le Dr Camboulives, bien éloigné de Paris et, par conséquent, dans l'impossibilité d'entretenir avec nous des relations suivies autrement que par correspondance. Mais considérant que la tâche du Comité d'annonces tend à se simplifier, vu le nombre de nos adoptions; et comme d'ailleurs M. le Dr Camboulives a bien voulu nous promettre la continuation de son concours éclairé, je vous propose de prolonger, pour une année encore, ses fonctions de Membre du Comité d'études.

L'ASSEMBLÉE accepte cette proposition.

2° Pour le *Comité de rédaction*, je vous propos Messieurs, de maintenir en fonctions :

M. le Dr GEOFFROY, *secrétaire de la rédaction.*

M. le Dr POULET (*de Plancher-les-Mines*), dont vous vous rappelez certainement la collaboration savante.

Vous avez appris par le journal que M. le

Dr Henry Marais, par des raisons particulières et à notre grand regret avait cessé de faire partie du Comité.

J'ai l'honneur de proposer à votre acceptation, au lieu et place de M. le Dr Marais, M. le Dr Mignen (*de Montaigu, Vendée*). Vous savez avec quelle science M. Mignen a étudié les questions professionnelles. J'espère que vous approuverez ces propositions.

L'Assemblée accepte ces propositions.

3° Enfin en ce qui concerne le *Comité d'administration*, vous comprendrez, Messieurs, combien il nous importe de pouvoir nous entretenir fréquemment et avoir des rapports sinon journaliers, au moins mensuels, avec les Membres qui le composent.

Font partie de ce comité : M. le Dr Lebrun (*de Bar-sur-Aube*); M. le Dr Durand (*d'Arcueil*); M. le Dr Ribard (*de Meudon)*.

Comme M. le Dr Durand nous assiste depuis longtemps et qu'il nous a manifesté à diverses reprises le désir d'être remplacé dans ce Comité, j'ai l'honneur, Messieurs, de proposer à l'Assemblée la nomination de M. le Dr Fischer, notre très ancien collaborateur pour la revue de la presse allemande aux lieu et place de M. le Dr Durand. M. Fischer habite maintenant Paris et nous promet d'intervenir activement dans notre Administration.

Je vous propose, Messieurs, de maintenir dans leurs fonctions MM. Lebrun et Ribard qui acceptent.

Le Comité d'administration se composera donc de :

M. le Dr Fischer,
M. le Dr Lebrun,
M. le Dr Ribard.

L'Assemblée accepte cette proposition.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous informer encore que j'ai l'intention de proposer à MM. Gassot et Geoffroy de vouloir bien conserver leurs fonctions de *secrétaires du comité d'études des annonces et de rédaction*, et à M. Fischer de vouloir bien accepter celles de *Secrétaire du Comité d'administration*.

L'Assemblée aborde ensuite la discussion des intérêts professionnels et discute les propositions régulièrement faites par les membres du *Concours*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

PROPOSITIONS FAITES PAR LES MEMBRES DU CONCOURS.

M. le Président annonce à l'Assemblée qu'il va lui donner lecture des propositions qui lui ont été adressées par les membres du *Concours*; ces propositions soulevant quelques questions d'intérêt professionnel, que l'Assemblée aura à résoudre. M. le Secrétaire fera connaître l'appréciation des membres du Conseil des Comités sur chaque proposition et la réunion devra ensuite se prononcer.

Le Conseil des Comités, examinant les propositions régulièrement faites par les Membres du *Concours* prend les décisions suivantes :

1° Il rejette les deux premières propositions de M. le Dr Durand; ajourne la troisième (Etablissement d'une société de consommation) (1).

2° Il rejette les quatre premières propositions de M. le Dr Laumonier et met à l'étude la cinquième (Désignation d'un micrographe pour les examens et analyses dont les membres du *Concours* auraient besoin);

3° Il rejette la première proposition de M. le Dr Lejeune et adopte la seconde (Confection par le *Concours* d'un annuaire médical).

4° Il adopte et renvoie aux Syndicats la proposition de M. le Dr Devoisins (Envoi par les Syndicats de renseignements exacts sur les clientèles vacantes, renseignements qui seraient publiés par le journal.

5° Il rejette la première proposition de MM. les Drs Bournet et Audibert et ajourne la seconde (Choix d'un hôtel pour les membres du *Concours*).

6° Il renvoie aux syndicats la proposition du Dr Wittman de publier et d'envoyer aux sociétés de secours mutuels tout ce qui a été écrit sur ce sujet dans le *Concours*.

7° Il renvoie à la Commission de révision de la législation la proposition de M. le Dr Almérit de réclamer contre la double patente imposée aux médecins.

8° Il rejette comme impraticable, en ce moment, la proposition de M. le Dr Desotteux de demander l'autorisation ministérielle pour l'émission d'une loterie en vue de la création d'une caisse de retraite pour les médecins.

9° Il demande d'étudier la proposition de M. le Dr Lardier de trouver un cabinet de lecture qui consente à envoyer en province les ouvrages médicaux à un prix abordable.

10° La création de l'Annuaire du *Concours* donnera les renseignements statistiques que M. le Dr Martinet demande de faire connaître aux jeunes médecins.

11° Le Conseil demande de mettre à l'étude la proposition de MM. les Drs Bonifas et Barat-Dulaurier (Etablissement de conférences de Déontologie destinées aux étudiants et propagation, parmi les étudiants, du *Concours médical*).

L'Assemblée générale confirme les décisions prises par le Conseil des Comités.

(1) L'abondance des matières ne nous permet pas de publier toutes les propositions qui nous ont été présentées : Nous ne pouvons que reproduire celles qui ont été prises en considération.

Avant de lever la séance, M. le Président a adressé ces paroles aux assistants :

Chers confrères,

Je crois qu'il y aurait un très grand intérêt à prolonger notre séance après le dîner auquel nous allons prendre part. Il serait avantageux, à tous égards, de nous entretenir de divers sujets qu'il n'a pas été possible d'aborder et de résoudre encore.

Je vous propose, en conséquence, de nous réunir après le repas, et de mettre ainsi à profit le peu de temps pendant lequel nous sommes ensemble.

Cette intimité plus grande permettra à nos confrères de nous faire toutes les propositions, de nous demander tous les éclaircissements qui pourraient leur paraître dignes d'intérêt.

La séance est levée à six heures trois quarts.

Le Président, A. Cézilly.
Le secrétaire, J. Geoffroy.

La séance officielle une fois terminée, les assistants ont pris un peu de repos en se livrant à une causerie intime, telle qu'on peut le supposer entre de vieux amis ou d'anciens condisciples qui se retrouvent après une longue séparation. Le dîner servi à sept heures a donné lieu à un incident que nous devons faire connaître à nos lecteurs, pour qu'ils nous aident à en prévenir le retour une autre année. Le nombre de nos hôtes a dépassé de beaucoup celui que les lettres reçues nous avaient fait prévoir et la table s'est trouvée trop petite. On a fait comme on a pu, le dîner a été un peu retardé, et on s'est serré bien fort. Nos confrères doivent comprendre l'embarras où nous nous trouvons de prévoir le nombre de nos convives, quand ils ne nous avertissent pas à l'avance de leur intention de venir, quitte à nous télégraphier ensuite si une impossibilité absolue vient les arrêter.

Le dîner n'en a pas moins été fort gai. Au dessert, dès que l'on a entendu retentir les premières détonations..... des bouteilles de Champagne, M. le D[r] Cézilly s'est levé et s'est exécuté avec une bonne grâce parfaite.

TOAST DU DOCTEUR CÉZILLY

Je revendique avec plaisir, aujourd'hui, chers confrères, le précieux privilège du *Directeur*, le privilège d'être le premier admis à boire à votre santé.

Vous vous associerez à moi, avec empressement, j'en suis certain, pour faire mentir ce proverbe qui dit : *Les absents ont toujours tort.*

Non, ils n'ont pas tort, nos chers absents, puisque nous sommes certains que leur absence est involontaire.

Je bois donc à votre santé, Messieurs, et vous invite à boire avec moi *à la santé des deux mille trois cents membres du « CONCOURS MÉDICAL. »*

TOAST DU DOCTEUR GASSOT

M. le Dr Gassot a pris ensuite la parole et s'est véritablement fait l'interprète de toute la société en prononçant le discours que l'on va lire.

Messieurs et chers confrères.

Le « CONCOURS MEDICAL, a pu vous présenter une situation satisfaisante : votre Directeur, vos Comités ont fait tout ce qui dépendait d'eux pour arriver à ce résultat, et l'approbation que vous avez bien voulu leur accorder leur a prouvé qu'ils étaient avec vous en parfaite communauté d'idées.

Ils s'efforceront, dans l'avenir, de continuer leur tâche, mais c'est à vous surtout, Messieurs, que revient le soin de faire produire à l'œuvre les effets que légitimement nous en pouvons attendre.

C'est à votre activité que nous faisons appel, car c'est de votre concours matériel et moral que dépend le succès futur.

Rappelez vous que c'est à l'initiative d'un confrère que nous devons d'être ce que nous sommes et efforcez-vous par votre action de lui faciliter la tâche vraiment écrasante dont il a bien voulu se charger.

Il faut avoir été, comme nous, en relations constantes avec le docteur Cézilly, pour savoir quelle prudence, mais aussi quelle fermeté et quelle ténacité il a dû montrer, pour connaître les difficultés dont il a su triompher.

Nous ne saurions mieux faire que de vous proposer son exemple et de lui témoigner hautement notre gratitude.

Je crois, Messieurs, être votre interprète à tous en portant la santé de *notre excellent directeur et ami, le Docteur Cézilly.*

Malgré le succès obtenu par les deux précédents orateurs, M. le Dr Geoffroy a cru pouvoir ajouter à son tour quelques mots, pour achever de traduire dans son ensemble la pensée qui préside aux efforts du « CONCOURS MEDICAL. »

TOAST DU DOCTEUR GEOFFROY

Mes chers Confrères,

Notre excellent et très aimable Directeur a bu à la santé de tous les membres du *Concours*; notre ami et vaillant collaborateur Gassot a porté à son tour la santé de celui à qui notre société doit son existence et les bienfaits qu'elle en retire.

Je ne puis que m'unir de tout mon cœur aux sentiments qui viennent d'être exprimés; mais, parmi les membres du *Concours*, il en est de très actifs et d'autres.... beaucoup moins actifs; (*Hilarité aplaudissements.*) Or personne ne sait mieux que ceux qui sont à la peine, apprécier la valeur des services que nous rendent chaque jour *les con-*

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

30 Septembre 1882 4me Année. — N° 39

SOMMAIRE

BULLETIN

Le compte-rendu de l'Assemblée générale des membres du « *Concours médical* » ayant occupé notre dernier numéro tout entier, nous sommes en retard vis-à-vis de l'Académie. Fort heureusement nous sommes en pleines vacances, et si les séances ne sont pas interrompues, du moins les communications et les lectures deviennent plus rares.

M. *J. Guérin* fait connaître à l'Académie les conclusions d'un travail qu'il a lu récemment devant l'Académie de Belgique, et qu'il intitule : *Note sur les inoculations virulentes préventives.* Voici ces conclusions :

1° La méthode de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine n'a pas prouvé jusqu'ici qu'elle reproduisit la maladie qu'elle a prétendu pouvoir reproduire ;

2° Pour être légitiment fondé à le prétendre, elle devrait pouvoir, à la faveur de la cohabitation des animaux inoculés avec les animaux sains, provoquer chez ces derniers la maladie spontanée elle-même dont elle a cru transmettre l'essence et le germe ;

3° Par suite de cette substitution d'un processus morbide artificiel au processus morbide naturel, cette méthode n'est pas plus fondée à conclure à la propriété prophylactique de l'inoculation, que cette dernière ne l'est à la reproduction réelle de la maladie dont elle a la prétention d'emprunter les éléments

4° Quelles que soient la forme et la nature de la maladie reproduite par l'inoculation, celle-ci sera obligée de reconnaître, jusqu'à preuve du contraire, qu'elle devient, en vertu de la propriété virulente contagieuse, un foyer d'entretien, de renouvellement et de propagation de la maladie qui lui donne naissance.

5° Finalement, toutes les applications de la méthode générale d'inoculation préventive, dont l'inoculation de la péripneumonie bovine n'est qu'une application particulière, présentent les mêmes lacunes, offrent les mêmes inconvénients et réclament le même supplément de preuves pour être admises et se considérer comme capables de produire, reproduire et prévenir la maladie dont elles empruntent et cultivent les éléments.

M. Onimus lit un travail intitulé : *De l'importance du réseau lymphatique périphérique.* Pour cet auteur, la rougeur de la peau qui survient dans beaucoup de circonstances, ne reconnaît pas uniquement pour cause les modifications qui ont lieu du côté des capillaires sanguins. Cette cause est, sans doute, incontestable, mais elle n'est pas exclusive, car il faut tenir compte de la couche plus superficielle formée par le réseau lymphatique qui renferme un liquide jaune pâle translucide. Si la lymphe est abondante, la couleur rouge des vaisseaux sanguins sera atténuée et la peau paraîtra blanche; si la lymphe est rare et si le réseau lymphatique est vide, la coloration du réseau sanguin prédominera et la peau sera plus ou moins rouge.

Les changements de coloration de la peau si importants dans les différentes maladies, et même

les modifications qui existent d'une personne à l'autre, dépendent donc, non-seulement de la circulation du sang, mais aussi de celle de la lymphe. Si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leur points d'application, cela tient la plupart du temps, à la disposition de la couche blanche opaline formée par la lymphe disposition qui fait mieux apparaître le réseau, sous-jacent rouge des capillaires sanguins.

A la seconde séance, dont nous avons à rendre compte, M. J. Guérin, qui est vraiment un travailleur infatigable, dépose une « *Note sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied-bot congénital,* » opérations contre lesquelles l'auteur s'élève avec force. Il résume son travail par les conclusions suivantes :

« 1° La tarsotomie, ablation et résection des os du tarse pour remédier aux pieds-bots, même les plus prononcés, chez l'enfant, est une opération qui doit être réprouvée comme un des plus graves abus de la chirurgie contemporaine, au nom des principes et de la pratique.

« 2° Cette méthode, qui se résout dans une mutilation inutile et dangereuse au double point de vue de la forme et des fonctions du pied, peut toujours être empêchée et suppléée par la vraie méthode orthopédique, laquelle comprend la ténotomie, la syndestomie, le massage et les appareils orthopédiques.

« 3° La tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte, et pour des pieds-bots invétérés, n'a pas montré jusqu'ici qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied.

« 4° Il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des maladies des os du tarse, après la disparition des accidents causés par ces dernières : ces applications ne pouvant en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied-bot; toutes réserves faites à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier, et qu'elle n'a pas permis d'apprécier jusqu'ici. »

Ces propositions reçoivent l'assentiment de MM. Gosselin, Blot et Tillaux. Ce dernier demande à faire seulement quelques réserves au sujet de l'ostéotomie chez les adultes pour lesquels elle peut fort bien, dans certains cas absolument incurables par les moyens ordinaires, constituer une opération avantageuse.

M. *Bouley* communique une note de M. *Peuch* (de Toulouse), « *Sur un nouveau procédé de clavélisation* ». Il s'agit de diluer convenablement le claveau et de l'injecter en quantité déterminée dans le tissu conjonctif sous-cutané, de façon à diminuer les accidents de la clavélisation et à réduire la mortalité à la plus petite proportion possible. S'ils étaient confirmés, les résultats consignés dans cette note, M. Bouley n'a pas manqué de le faire remarquer, s'élèveraient contre l'opinion émise par M. J. Guérin, à savoir qu'il est nécessaire, pour créer l'immunité à la suite de l'inoculation des maladies virulentes, que ces inoculations reproduisent la maladie avec ses principaux caractères extérieurs.

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DES USAGES ET DE L'ABUS DE LA MORPHINE (*fin.*)

V

Nous avons envisagé l'emploi de la morphine dans les affections où la douleur est le symptôme dominant, en ajoutant cette restriction que son action, dans la plupart de ces cas, est purement palliative et ne dispense pas d'instituer une thérapeutique rationnelle contre la cause de l'affection elle-même.

C'est surtout lorsqu'on a affaire à une maladie douloureuse siégeant dans le tube digestif et particulièrement dans l'estomac qu'il importe d'être très réservé dans l'usage de la morphine. On sait combien l'emploi de cette substance influe sur les fonctions de l'estomac, soit en diminuant la sécrétion de ses glandes, soit en anesthésiant les extrémités nerveuses de sa muqueuse; toujours est-il que l'anorexie est souvent et rapidement la compagne du morphinisme, sauf dans quelques cas sur lesquels je reviendrai plus loin à propos de la tuberculose.

Parmi les MALADIES DE L'ESTOMAC, il faut encore établir des divisions au point de vue qui nous occupe. Ainsi une affection très douloureuse et incurable, comme le *cancer*, surtout à une période avancée, pourra nécessiter des doses assez élevées de morphine, et, comme en définitive, dans ces cas, nous ne pouvons plus guère avoir en vue que

d'adoucir les derniers temps de la vie, nous croyons qu'on fait bien, ici comme dans l'ataxie, de rechercher par-dessus tout la suppression des souffrances.

On en pourra même obtenir parfois d'autres avantages. Ainsi M. Huchard a cité dans l'*Union Médicale*, vers 1874, un cas de vomissements incoercibles dans un cancer du pylore, vomissements entretenus par une sorte de spasme stomacal, comme il s'en produit souvent dans les organes contractiles en arrière d'un point rétréci; la morphine, en faisant cesser l'élément spasmodique, eut là un excellent effet.

Mais je pense qu'une conduite toute différente s'impose dans d'autres maladies de l'estomac douloureuses et curables, telles que *l'ulcère simple*, les *gastralgies* névropathiques et diathésiques.

Dans l'ulcère, nous devons avoir un double but, d'une part la cicatrisation de la perte de substance, d'autre part la conservation de la nutrition et de l'état général du sujet; car ce sont là deux éléments connexes du problème thérapeutique. Pour hâter la cicatrisation de l'ulcère, il convient de recourir au régime lacté comme à la seule voie de salut, en ajoutant comme moyen auxiliaire certaines poudres absorbantes; je consens que, pour éviter les vomissements qui suivent parfois presque immédiatement l'ingestion des aliments, on modifie l'hypéresthésie des parties saines et de la portion ulcérée de la muqueuse gastrique, en donnant de petites doses de poudre d'opium, de laudanum ou même de morphine. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que faire une injection de morphine chaque fois que la douleur apparaît dans l'ulcère de l'estomac, c'est mener à mal le malade, qui, tout en s'applaudissant de supprimer ses souffrances, dépérit bientôt par suite de l'anorexie et se cachectise.

J'ai très présent à l'esprit le fait suivant : un jour de garde à l'hôpital Lariboisière, je vis venir à moi une jeune fille qui réclamait une injection de morphine et qui ajoutait: «Monsieur, je m'adresse à vous, parce que la seringue dont je me sers d'habitude est cassée et que la réparation demande deux jours. » C'était une enfant de seize ans, hâve, maigre, dont l'épigastre et les hypochondres étaient couturés de cicatrices, de nodosités sous-cutanées, comme il arrive chez les morphiomanes. Son histoire était la suivante : atteinte de chlorose et d'ulcère de l'estomac, (on sait que ces deux affections marchent assez fréquemment de compagnie pour que M. le professeur Luton, de Reims, ait cru pouvoir considérer la première comme génératrice de la seconde), elle avait été soignée d'abord par un médecin qui lui avait pratiqué des injections de morphine tout en lui prescrivant le régime reconstituant; mais bientôt la fillette, se trouvant satisfaite de pouvoir supprimer ses douleurs à volonté, grâce à la petite seringue de Pravaz dont elle avait fait emplette, s'était passée des soins et des prescriptions du médecin, et, ne prenant aucun autre traitement, se nourrissait littéralement de morphine. Si son instrument ne s'était pas cassé, elle ne se fût point assurément dirigée vers un établissement médical. — J'ai vu d'autres cas analogues; presque toujours c'est un médecin qui laisse inconsciemment glisser les imprudents sur la pente du morphinisme.

Les réflexions précédentes s'appliquent a *fortiori* à la gastralgie, si commune chez les hystériques; les révulsifs locaux (y compris l'électrisation qui paraît avoir très bien réussi dans certains cas), les modificateurs généraux, surtout l'hydrothérapie, devront être essayés avant de recourir à la séduisante injection de morphine, et, quand on se servira de celle-là, il faudra avoir bien soin de la faire soi-même et de ne pas laisser entrevoir à la gastralgique qu'elle pourrait se piquer elle-même; autrement, vous pouvez tenir pour assuré qu'elle ne tardera pas à se passer de vos soins.

Incidemment je dirai que, parmi les affections gastriques qui se trouvent amendées par l'opium, plutôt encore que par la morphine, il faut citer la gastrorrhée des buveurs, cette hypersécrétion nocturne avec évacuation matinale, la fâcheuse pituite; toutefois il faut ne l'employer qu'avec discernement, à petites doses, pendant quelque temps et en l'associant à un amer comme la noix vomique, sous peine d'entraver l'appétit d'ordinaire si diminué chez les ivrognes.

VI

Je passe aux indications de la morphine dans les MALADIES DU CŒUR, et je n'y insisterai pas très longuement, ayant déjà abordé ce point de thérapeutique dans ce journal, l'année dernière.

Je me suis efforcé, en traçant le parallèle des affections mitrales et des aortiques, de montrer que, si les premières se trouvaient généralement bien de la digitale à une période avancée de leur évolution, l'opium était par excellence le médicament propre aux secondes, aussitôt que les phénomènes d'anémie cérébrale ou bulbaire étaient accusés par des vertiges, des tendances lipothymiques, syncopales ou dyspnéiques. Je rappelle l'ingénieuse expression par laquelle M. Dujardin-Beaumetz caractérise le reflux d'une partie de l'ondée sanguine dans le ventricule gauche après chaque systole, dans l'insuffisance aortique; il dit que la conséquence en est une sorte de saignée, produite chaque fois aux extrémités de l'arbre aortique.

L'anémie du cerveau et du bulbe est probablement la cause de certaines morts subites et je suis disposé à adopter cette formule : « Dans les affections aortiques, le danger n'est pas au cœur, mais au cerveau. » (Huchard) (1). L'anémie cérébrale peut se traduire parfois, comme dans le cas rapporté par Armaingaud (2), par des convulsions hystériformes chez un malade atteint d'insuffisance aortique, convulsions qui furent alors arrêtées par la morphine.

On peut adopter, pour rendre compte du mode d'action de la morphine contre l'anémie cérébrale

(1) Union médicale, 1878.
(2) Journal de médecine de Bordeaux, 1878.

des aortiques, plusieurs explications : on peut invoquer, comme Gubler, l'hypothèse d'une stimulation directe de la cellule nerveuse par le médicament, agissant, suivant l'expression de Sydenham, comme un excellent cordial ; on peut, à l'exemple de M. Huchard, dans un travail antérieur à celui de l'éminent professeur, (1) admettre que la morphine agit alors en congestionnant les centres nerveux.

Le fait certain, c'est que la morphine procure aux malades un soulagement rapide et durable. Symptômes cardialgiques, manifestations vertigineuses ou syncopales, angoisse dyspnéique disparaissent ou sont calmés par les injections de morphine. Nous allons parler encore tout à l'heure de la propriété si remarquable qu'a la morphine de faire respirer ; cette vertu *eupnéique* est particulièrement manifeste dans les affections de l'appareil respiratoire et particulièrement dans l'asthme. Mais bon nombre de dyspnées symptomatiques des cardiopathies s'en trouvent bien également.

Nous ne signalerons de restriction que dans les cas de néphrite concomitante à l'affection cardiaque, le mauvais état de l'appareil rénal imposant une grande réserve dans l'usage des médicaments devant s'éliminer par cette voie; d'ailleurs, quand les urines sont rares comme dans l'asytolie et qu'on s'efforce par les moyens diurétiques de soulager le cœur en vidant les vaisseaux, ce serait un mauvais moyen de recourir à l'opium, médicament qui diminue la sécrétion urinaire.

Si je ne craignais de m'écarter de mon sujet, je rappellerais que, dans le cas où certaines raisons, par exemple, l'intolérance des voies digestives, font échouer dans le traitement de l'asystolie la digitale, le régime lacté et d'autres diurétiques, les recherches récentes de M. Huchard nous ont appris (2) à recourir à la caféine qui, aux doses de 50 centigrammes à 2 grammes donne les plus remarquables résultats.

Avant d'en finir avec l'usage de la morphine dans les affections cardiaques, je dirai que, chez les vieillards, il faut être extrêmement circonspect : si je m'en rapportais même uniquement à certains résultats obtenus sous mes yeux à l'hospice de la Vieillesse (Femmes), je conseillerais formellement de s'en abstenir chez les cardiaques qui ont passé soixante ans. Il est de notoriété à la Salpêtrière qu'une seule injection de morphine, dans le cas précité, est, à bref délai, suivie du collapsus final.

VII

C'sst peut-être dans les affections de l'APPAREIL RESPIRATOIRE que certaines propriétés de la morphine sont le plus souvent efficaces.

(1) De la médication opiacée dans le traitement de l'anémie cérébrale due aux affections du cœur, Journal de thérapeutique, janvier 1877.

(2) Société de thérapeutique (26 juillet 1882).

Les injections de morphine préconisées par Lévy (de Venise), par Vibert (du Puy) (1) et par Huchard (2) constituent le meilleur et le plus rapide moyen à opposer à la dyspnée paroxystique de *l'asthme* : « La morphine est le meilleur médicament *eupnéique* que nous possédions, dit ce dernier auteur ; et, par son action sur la respiration s'exerçant par l'intermédiaire du système nerveux, par son action thérapeutique sur les affections spasmodiques en général, par la paralysie des muscles de la vie organique, par l'atonie des capillaires sanguins produisant l'accroissement du conflit entre l'oxygène et les parois vasculaires, on conçoit que cet alcaloïde doit produire les meilleurs résultats dans les dyspnées paroxystiques (de l'asthme, de l'*emphysème, phthisie pulmonaire.* » — Il va de soi que la guérison rapide des accès d'asthme par la morphine ne doit pas faire oublier le traitement de la maladie, de l'état constitutionnel ou diathésique qui l'accompagne et l'engendre si souvent.

Quant à la phthisie, il est incontestable que la morphine produit de bien remarquables effets dans cette terrible maladie. On peut se proposer, en l'employant, plusieurs effets distincts: de faire cesser la diarrhée, quand elle existe; de modérer la toux quinteuse, spasmodique, incessante qui prive les malades de tout repos; de procurer du sommeil.

Les injections de morphine, pratiquées immédiatement avant les repas à petites doses, sont bonnes pour empêcher les vomissements mécaniques, si fréquents chez les phthisiques; elles peuvent encore contribuer à donner de l'appétit à ceux-ci. Mon cher maître, M. Huchard, si compétent dans la question des injections de morphine, a bien voulu me communiquer les résultats de sa pratique, et m'écrit : « J'ai un pauvre phthisique qui, à la faveur d'injections de morphine répétées (il en prend 7 à 8 centigrammes par jour), mange, dort, ne vomit et ne tousse plus. » Enfin quand une grande partie des poumons est anéantie par le processus tuberculeux, c'est encore à l'action eupnéique de la morphine que l'on peut recourir pour diminuer autant que possible l'orthopnée des malheureux phthisiques.

VIII

Je n'ai pas la prétention d'énumérer tous les cas dans lesquels on peut tirer bénéfice de l'usage des injections de morphine. Ainsi M. A. Voisin les a préconisées dans le traitement de *l'aliénation mentale*, surtout dans les formes où domine l'excitation du cerveau ; n'ayant nulle compétence sur ce point, je me garderai d'émettre aucune critique sur ce procédé; je me contenterai de dire que M. Voisin ne recule pas devant l'emploi de doses extrêmement élevées, presque

(1) Journal de thérapeutique (1875).

(2) Union médicale 1878.

formidables, et qui sont bien de nature à démontrer l'accoutumance de l'organisme à ce médicament. Je crois intéressant d'ajouter un fait également emprunté à M. Huchard; il traite depuis plusieurs années un dipsomane, et lui pratique des injections de morphine pendant ses accès; en augmentant lentement et progressivement les doses, il est arrivé à améliorer considérablement son état, et à substituer pour ainsi dire la morphiomanie à la dipsomanie, c'est-à-dire une maladie moins grave à une plus grave.

IX

Le moment est venu d'aborder la question des INCONVÉNIENTS de la morphine, de quelques accidents qu'entraîne son abus et de discuter enfin la question controversée de la morphiomanie.

Uue thèse récente de M. le Dr Jacquet (1) nous fournit d'utiles renseignements.

Les ACCIDENTS LOCAUX sont quelquefois bénins et ne consistent qu'en *indurations circonscrites* du tissu cellulaire sous-cutané, variant comme volume entre un pois et une noisette. Ces tubercules ou nodosités peuvent, sous l'influence de phénomènes de cachexie accompagnant des excès inaccoutumés de morphine et une alimentation moins abondante, s'enflammer, devenir très douloureux et se transformer en *abcès* (Desnos). Parmi les abcès qui se produisent à la suite des injections, un assez grand nombre sont explicables par l'impureté du liquide employé, la malpropreté de l'aiguille ou un défaut de précaution dans le manuel opératoire. Il n'en est pas toujours ainsi pourtant, et il semble que, dans certaines circonstances, l'usage prolongé de doses élevées de morphine ait suffi à produire des abcès multiples dans des points du corps vierge de toute piqûre, coïncidant avec un état cachectique, anorexie, maigreur, aménorrhée (Trélat, *Bulletin de thérapeutique, 1879*).

On a pu voir les foyers abcédés se transformer en *ulcères* atones extrêmement rebelles; ce fait viendrait à l'appui de l'opinion de M. Verneuil qui déclarait, il y a quelques années, que le morphinisme est un état constitutionnel spécial « se rapprochant des autres intoxications et comparable à elles sous le rapport de son influence nocive sur le travail réparateur. » Comme exemple, ce professeur cite l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, prenant de la morphine à haute dose depuis plusieurs années, qui subit une opération de névrotomie presque insignifiante; pourtant la plaie opératoire, quoique pansée par la méthode antiseptique, devint le point de départ d'un *phlegmon bronzé* rapidement mortel.

Les ACCIDENTS GÉNÉRAUX du morphinisme chronique ont été sans doute exagérés par Le winstein dans son étude sur la morphiomanie ; d'après lui, cet état s'accuserait à peu près par les mêmes symptômes que l'alcoolisme : du côté des facultés intellectuelles, diminution de la mémoire, lenteur de la compréhension, perte de l'énergie et inaptitude au travail. Il surviendrait encore des troubles sensoriels (amblyopie et diplopie, bourdonnements d'oreilles, hallucinations); du délire, de l'insomnie, une sorte de fièvre intermittente; des troubles digestifs (anorexie, gastralgie, constipation.) La parole serait embarrassée, bégayante, les mouvements incertains et mal coordonnés par suite du tremblement des mains, la démarche plus ou moins titubante; la sécrétion sudorale est exagérée, et les urines contiennent du sucre, d'après Le winstein.

Existe-t-il vraiment une sorte de delirium tremens morphinique, analogue à celui des alcooliques, et susceptible de naître particulièrement après la suppression brusque de la morphine, chez les morphiomanes ? Je ne sais au juste s'il faut s'en rapporter pleinement aux descriptions imagées de quelques auteurs. « Un essai de suppression de la morphine amena chez le malade du délire furieux, des tremblements cloniques, de véritables convulsions, au point qu'on fut obligé de l'attacher dans son lit...; quand le malade raconte comment la scène s'est passée, il ne manque pas de dire qu'il se souvient qu'à ce moment, il aurait voulu tuer tous ceux qui étaient présent, médecins, élèves, infirmiers (1). » — Il est certain que pour le morphiomane, sa piqûre accoutumée est un besoin irrésistible. Un interne du service de M. Voisin à la Salpétrière disait qu'une véritable révolution eût éclaté parmi ses aliénés, si l'on fût venu à suspendre l'usage de la morphine : tous attendent à heure fixe leur injection hypodermique, comme ils attendent leur repas.

Dans une observation de M. Trélat, relative à une jeune hystérique morphiomane, qui se faisait de vingt à vingt-cinq injections par jour, on lit : « La malade était devenue d'une extrême adresse pour ces sortes d'opérations : portant partout, dans une boîte spéciale, sa seringue toute chargée, à table, au milieu d'une nombreuse assistance, dans une loge de théâtre, elle trouvait le moyen de faire son injection *devenue indispensable.* »

X

Dans les travaux de Lewinstein, Burkart et Landowski, on trouve l'indication de divers procédés curatifs et préventifs de la morphiomanie. Le premier est partisan de la *suppression brusque*, les deux derniers auteurs préconisent la *suppression graduelle*.

Il semble que, par suite de l'abstinence brusque, le malade soit réellement menacé dans sa santé et dans son existence ; parmi les symptômes signalés, nous relevons les nausées et les vomissements, l'insomnie; la débilité générale et la dépression psychique, pouvant aller, la première, jusqu'à un collapsus grave; la seconde, jusqu'au suicide.

(1) Paris, 1882, no 176.

(1) Thèse de Jacquet.

C'est à tel point que, suivant Lewinstein. « On doit conduire le malade dans un local où les tentatives de suicide seront rendues aussi difficiles que possible, dont les fenêtres soient disposées de telle façon qu'elles ne puissent être ouvertes par le malade. Il faut faire disparaître les clous à crochets pour habits, rideaux et glaces, etc. »

Les partisans de la suppression graduelle diminuent peu à peu la dose du poison et cherchent à le remplacer par l'opium ou la teinture thébaïque donnés à l'intérieur, substances dont l'ingestion est suffisamment désagréable au goût pour que les malades s'en privent volontiers aussitôt que leur état le leur permet. La cure est de quinze à trente jours. Landowski conseille, pour tromper le malade, de lui faire pendant quelque temps des injections d'eau distillée, additionnée de quelques grains de sulfate de quinine, qui simule l'amertume de la morphine dans le cas où le patient méfiant goûte la solution.

En regard de l'opinion des auteurs qui attachent une importance peut-être exagérée à la morphiomanie, je tiens à placer celle de M. Huchard; il déclare ne partager en aucune façon la crainte que l'on suggère aux malades et aux médecins en leur parlant sans cesse des dangers de l'administration de la morphine. Il emploie dans sa pratique une solution concentrée, afin d'avoir à injecter moins de liquide et de rendre, par conséquent, l'injection moins douloureuse. Sa formule a l'avantage d'être commode à retenir :

Eau distillée	9 grammes.
Eau de laurier-cerise	1 —
Chlorhydrate de morphine	40 centigrammes.

Donc un gramme de la solution répond à quatre centigrammes de morphine; le quart de la seringue (ou cinq divisions, la seringue étant partagée en vingt divisions) répond à un centigramme; une division représente deux milligrammes. — La quantité d'eau de laurier-cerise, suffisante pour conserver la solution, ne l'est pas assez pour déterminer de la douleur.

« On évitera sûrement, ajoute M. Huchard, l'abus de la morphine et la morphiomanie :

1° Lorsqu'il ne sera plus permis aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur la simple présentation d'une ordonnance faite il y a dix ans, et lorsqu'il sera enjoint à tout pharmacien de ne délivrer de la morphine que sur une ordonnance nouvelle.

2° Les médecins doivent s'opposer de toutes leurs forces à ce que les injections soient pratiquées par les malades eux-mêmes. Et ils le peuvent, non pas, comme on le fait, quand cette habitude est prise depuis longtemps, mais avant qu'elle soit prise. *Principiis obsta.* »

Ayant toujours scrupuleusement mis en pratique cette dernière recommandation, M. Huchard ne se souvient pas d'avoir vu un seul de ses clients devenir morphiomane. Aussi n'a-t-il pas, comme certains de ses confrères, la terreur des injections de morphine, et croit-il pouvoir conclure le débat par cette formule, à laquelle nous nous rallions volontiers : « Il ne faut pas qu'à la morphiomanie des malades s'ajoute la morphiophobie des médecins. »

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

L'exercice de la Pharmacie (*Suite*).

Une digression sur les causes du malaise dont souffre la pharmacie et sur les moyens d'y mettre un terme nous a plus éloigné que nous n'aurions voulu de l'exercice de la pharmacie. Une objection qui a trait au sujet de notre première lettre va encore nous arrêter quelques instants : elle touche d'ailleurs certain côté de l'exercice de la pharmacie tel qu'on le voudrait dans l'avenir.

La délivrance d'un médicament, dit-on, *ne constitue pas l'exercice de la médecine. Ce qui constitue l'exercice de la médecine, c'est l'examen du malade et l'établissement consécutif du diagnostic, du pronostic et du traitement.*

Nous acceptons la définition, mais nous avouons mal saisir l'enchaînement des deux propositions : nous ne supposons pas, en effet, que, par délivrance d'un médicament, on entende simplement la série d'actes mécaniques en vertu desquelles une bouteille passe des mains de X*** dans celles de Y***; nous ne supposons pas davantage qu'il s'agisse de la délivrance d'un médicament, telle que la pratique un pharmacien qui vient de préparer ce médicament par l'ordonnance du médecin; — la délivrance que revendiquent les pharmaciens, c'est la délivrance libre, *proprio motu*, accompagnée de quelques petits conseils, sur la nature desquels nous nous comprenons suffisamment, sans qu'il soit besoin d'insister, et nous nous trompons d'autant moins dans notre interprétation qu'en poursuivant, nous lisons :

Quant aux renseignements sur le mode d'emploi, sur les doses, sur les indications d'un médicament, tout le monde peut les trouver dans un traité de thérapeutique et de matière médicale, et, cependant, nul ne songe à poursuivre les éditeurs de ces traités pour exercice illégal.

Voilà ce que disent des gens qui passent pour faire autorité près des pharmaciens! Si c'est avec une argumentation semblable qu'ils espèrent faire triompher leur système, on conviendra qu'ils ont une bien mesquine idée de l'intelligence française ou que leurs intérêts les aveuglent singulièrement.

Comment! ils assimilent à l'exercice illégal dont se rend coupable un pharmacien qui, de son chef et sans y rien connaître, donne des médicaments à un malade, la publication, par un médecin, d'un traité dogmatique destiné à des médecins, que seuls les médecins pourront fructueusement comprendre et interpréter!

En vérité, c'est stupéfiant!

Mais, bonnes gens, eussiez-vous appris par cœur *Trousseau et Pidoux*, *Gubler*, *Dujardin-*

Beaumetz. etc...; fussiez-vous capables de réciter sans hésitation les *Commentaires du Codex*, depuis la première ligne jusqu'à la dernière, vous ne connaîtriez rien encore, absolument rien à l'affaire! et si vous parveniez à savoir que telle indication thérapeutique est remplie par telle drogue simple ou composée, vous ne sauriez pas pour cela reconnaître l'existence de cette indication!

On vous demande un calmant — que donnerez-vous? l'opium ou la belladone?... ce n'est pas indifférent.

Docti cum libro, vous savez que l'opium est contre-indiqué par un certain degré de congestion encéphalique — comment reconnaîtrez-vous l'existence ou l'absence de cette congestion?

Ah! vous vous figurez que la thérapeutique s'apprend dans les livres! Et parce que vous aurez la ressource de passer dans votre arrière-boutique pour lire, à la hâte, quelques lignes sur le médicament que vous allez donner, vous vous croyez capables de soigner un malade! — nous ne vous aurions jamais supposé une telle naïveté.

Car, vous ne pouvez pas le nier, c'est le droit de médicamenter vous-mêmes les malades que vous réclamez, c'est le droit d'établir un traitement, c'est le droit d'exercer la médecine; vous ne vous abusez pas et vous n'abusez personne, quand vous dites : Nous réclamons la faculté de délivrer sans ordonnance *le médicament qu'on nous demande.* Nous savons tous et vous espérez bien, qu'à la faveur de cette concession, si elle vous était faite, vous concentreriez entre vos mains tout l'art de guérir.

Nierez-vous que les malades se présentent chez vous, se plaignant de droite ou de gauche et vous demandent *ce qu'il conviendrait de faire?* Oserez-vous prétendre qu'avec le droit que vous voulez obtenir, vous répondrez à ces malades : « *Je ne puis vous donner de conseils, mais demandez-moi un médicament quelconque, je vous le délivrerai en vous faisant connaître le mode d'emploi, les doses et les indications* (que vous aurez puisées dans un traité quelconque)? »

Non, sans doute, et vous ferez ce que vous faites actuellement, au vu et au su de tous; vous répondrez au client : « *Je vais vous remettre un sirop, une pommade, une potion qui vous soulagera* », vous ajouterez tous les commentaires nécessaires et, donnant la consultation gratuite, vous vous rattraperez sur le prix du médicament. Mais pour être *gratuite*, la consultation n'en sera pas moins une consultation, et, en délivrant le médicament, *vous aurez institué un traitement* et, n'en déplaise à M. *Crinon*, que nous sommes étonnés de trouver en semblable affaire, vous aurez exercé la médecine.

Mais c'est de l'exercice de la pharmacie et non de celui de la médecine que nous devons nous occuper actuellement.

La profession de droguiste, celle de fabricant de produits chimiques sont libres : point n'est besoin de diplôme pour les embrasser; leur commerce n'a pas une liberté moins grande. Il leur est loisible de délivrer toutes les drogues, toutes les substances en toutes quantités (car qui admet le plus, admet forcément le moins). Ce sont des commerçants qui, comme tous les autres commerçants, sont soumis au droit commun.

Il n'en est pas de même du pharmacien : il lui a fallu son diplôme pour ouvrir boutique; il lui faudra une ordonnance pour délivrer le moindre remède et une surveillance spéciale sera exercée sur ses livres. — C'est un commerçant, puisqu'il est justiciable du tribunal de commerce, mais son commerce est soumis à des entraves de toutes sortes. — Il ne pourra donner vingt gouttes d'eau de Rabel sans ordonnance, et le premier gamin venu, porteur d'une bouteille, aura, sans explication, un kilo d'acide sulfurique chez le premier droguiste venu.

Le droguiste, dira-t-on, ne peut délivrer *à dose pharmaceutique* — mais qui empêchera de prélever sur une quantité relativement considérable la faible dose qui constituera le médicament?

Nous n'insistons pas; ces faits sont trop connus et nous concluons :

La préparation et le commerce des médicaments (qui devraient constituer l'exercice de la pharmacie) sont, entre les mains de commerçants dont la situation légale est absolument différente : les uns sont soumis à la réglementation la plus minutieuse, les autres ont la liberté la plus entière; ceux-ci sont soumis aux seules règles du code de commerce, ceux-là sont de plus sous la dépendance absolue des membres d'une autre profession. Comme conséquence : prospérité pour les premiers, gêne et malaise pour les seconds qui réclament une modification législative en leur faveur.

Nous regardons, nous l'avons dit, la spécialisation des produits phrmaceutiques comme absolument légitime, nous demandons même, pour ce genre de commerce, la liberté la plus entière et non pas seulement la tolérance actuelle. Nous ne faisons qu'une seule réserve : les spécialités ne seront pas des remèdes secrets et il n'y aura tromperie ni sur la qualité, ni sur la quantité de la chose vendue.

Nous regardons comme absolument indispensable la création de ces vaste laboratoires où les produits pharmaceutiques sont obtenus dans de meilleures conditions de qualité et de prix que dans les petites officines ; où un matériel convenable rend possible la préparation de certaines substances, où un mouvement commercial considérable permet de négliger les *économies de bouts de chandelles* et de s'attacher à faire aussi bien que possible.

Nous ne contestons pas davantage l'utilité de ces grandes pharmacie-drogueries où se trouvent en dépôt toutes les spécialités, tous les produits chimiques et pharmaceutiques où se préparent encore nombre de médicaments et qui favorisent les maisons de moindre importance.

Mais tous ces genres de pharmacie doivent être

classés à part, et lorsqu'on parle du pharmacien, on s'accorde le plus souvent à passer sous silence le droguiste, le pharmacien spécialiste, comme le pharmacien qui fait commerce de gros ou demi-gros. Le pharmacien, dans la conversation courante, c'est le pharmacien de détail, c'est celui auquel public et médecins ont affaire. C'est donc de ce pharmacien et de la petite officine que nous allons maintenant nous occuper.

Les officines, surtout dans les villes, sont beaucoup trop nombreuses, et ce fait seul se traduit par des conséquences funestes.

La vente des remèdes ne ressemble pas à celle des comestibles; elle est forcément limitée, et on n'achète de médicaments ni par amour du comfort ni par gourmandise. Le chiffre moyen d'affaires, dans une région, reste, sauf les temps anormaux de grandes épidémies, toujours sensiblement le même et doit se répartir entre toutes les officines rivales — la multiplicité de ces officines réduira donc d'autant le chiffre propre à chacune d'elles, et le chiffre, à part quelques exceptions, pourra devenir insuffisant.

D'un autre côté, l'écoulement des marchandises en magasin se fera avec difficulté, le pharmacien subira donc des pertes ou délivrera à ses clients des médicaments avariés. Cet inconvénient déjà très grand avec les médicaments officinaux inscrits au Codex est, encore aggravé par les spécialités qui, prescrites aujourd'hui, tombent souvent demain dans l'oubli et qui s'accumulent dans l'officine qu'elles encombrent, au détriment du pharmacien fort empêché de s'en débarrasser.

Les spécialités font perdre au pharmacien autant qu'elle lui rapportent : nous dirons même qu'elles lui font perdre plus encore, car elles remplacent bien souvent des médicaments magistraux, sur lesquels le pharmacien eût réalisé un bénéfice plus grand. Mais quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse, la spécialité est entrée dans les mœurs et il faut désormais compter avec elle.

Faut-il ajouter enfin que, peu à peu, les formules composées disparaissent et que nous prescrivons plus volontiers une simple solution, un granule ou une prise sur lesquels le bénéfice est toujours forcément restreint.

Sans multiplier les exemples particuliers, nous dirons donc, d'une manière générale, que le trop grand nombre des officines, d'une part, et, d'autre part, les changements survenus dans la thérapeutique et la matière médicale, rendent de plus en plus difficile la situation du pharmacien qui se renferme dans la pratique de sa profession.

Or, ce pharmacien doit vivre, il a de la famille: il cherchera donc tous les moyens d'augmenter ses bénéfices et de réduire ses pertes.

Dans ses achats il se préoccupera d'abord du bon marché : il aura bien une petite quantité de certains médicaments de choix, qu'il destine à certains clients particuliers; mais, pour la masse, il lui faut ce qui donne le plus de gain. Il préparera, lui aussi, ses petites spécialités : il aura son extrait liquide pour la préparation extemporanée du vin de quinquina; il aura son sirop pectoral et son dépuratif. Ses granules, ses dragées, ses capsules, il les prendra au kilo dans des maisons de second ordre qui font la concurrence aux spécialités recommandables, et qui lui livreront à bas prix et même marquées à son nom, les susdits granules, dragées ou capsules lesquels deviendront aussi, par conséquent, ses spécialités. Et maintenant vienne un client qui demande les dragées de X***, le pharmacien lui dira : « *Ces dragées vous coûteront cinq francs, c'est bien cher! Si vous vouliez les miennes, qui sont aussi bonnes, vous ne paieriez que quatre francs.* » Il pourrait ajouter: « *et moi, je gagnerais trois francs au lieu de trente sous.* »

Dr A. Gassot.

II

A propos de la création d'un inspectorat du service médical de Colonisation.

Résumé d'une lettre publiée dans un des derniers numéros de « l'Alger médical. »

Le *Concours médical* a publié dans son numéro du 27 mai dernier un article de M. le Dr *Devoisins* ayant pour titre « *Note sur le service médical de Colonisation algérien* » dont le but est de réclamer la création d'un inspecteur des médecins de Colonisation.

Voici comment notre confrère a résumé son projet:

1° Création de l'Inspectorat.

2° Suppression du poste médical de colonisation partout où il deviendra une superfétation.

3° Division du personnel en deux Sections:
a) section des circonscriptions médicales.
b) section des missions et explorations.

De ces propositions, nous ne retiendrons que celle qui a trait à la « création de l'Inspectorat ».

Il ressort du travail de notre confrère que, pour lui, la création en question répond à tous les besoins. Grâce à elle, les abus disparaîtront, les tiraillements cesseront d'exister, l'administration sera toujours bien renseignée, le recrutement deviendra facile. Il nous parait utile de rappeler comment la question qui nous intéresse fut posée au moment où le projet de 1878 était soumis à l'examen des intéressés.

Guidé par un sentiment libéral que l'on n'est pas habitué à rencontrer, et avant de statuer sur une proposition aussi importante, le *Directeur général* voulut soumettre le projet à une enquête, il le fit adresser aux sénateurs, aux députés, aux conseillers généraux, enfin à tous les médecins exerçant en Algérie : chacun était prié de consigner en regard des différents articles, les observations que la lecture de ces articles pouvait suggérer.

C'est seulement après avoir passé par ces diverses épreuves que le nouveau règlement vit le jour. Pendant ce travail préparatoire, une bro-

chure, dont l'auteur a gardé l'anonyme, réclama la création de l'inspectorat. Mais malgré ce contre-projet, l'association des médecins d'Alger maintint son appréciation au sujet du projet de réorganisation du service médical, et considéra le projet dans son ensemble comme devant assurer, par la suite, tout le résultat qu'exige le service des malades, l'intérêt et la dignité professionnelle des médecins de Colonisation.

Le Conseil supérieur (session de 1877) ne réclamait aucunement la création de l'inspectorat. Le rapporteur de la première commission sur l'assistance publique et hospitalière dit : « votre commission n'a pas pensé qu'il fut nécessaire de créer des médecins-inspecteurs ».

L'association des médecins d'Oran à laquelle appartenait M. Devoisins ne fit pas un accueil plus favorable à cete création qu'elle repoussa à l'unanimité (1880).

Enfin, au mois d'octobre de la même année, l'association d'Alger, saisie de réclamations émanant de médecins de colonisation contre qui des mesures administratives avaient été prises sans que la procédure indiquée par le règlement eût été suivie, s'adressait à l'association d'Oran qui formula une réponse conforme apostillée par la représentation algérienne.

Si nous ouvrons le règlement actuel nous trouvons que les prérogatives que l'on désire pour le médecin inspecteur sont dévolues aux Comités d'assistance médicale.

Les articles 14, 18, 35, 36, 39, nous montrent jusqu'à l'évidence que l'arrêté de 1878, confère aux Comités les prérogatives que M. le Dr Devoisins attribue au médecin-inspecteur. Ces Comités apprécient les travaux des médecins, renseignent l'autorité, proposent pour l'avancement, classent les candidats et jouissent du droit d'enquête, ce qui, certes, constitue l'inspection dans le sens le plus large du mot. Mais nous allons plus loin ! Selon nous, il ne peut qu'y avoir avantage à ce que ce rôle soit dévolu aux Comités de préférence à un inspecteur.

Rappelons que le Comité supérieur compte six docteurs en médecine sur onze membres, et que dans le Comité départemental, composé de sept membres, il y a trois médecins.

Croit-on qu'un inspecteur offrira autant de garanties pour les médecins de Colonisation ? et un inspecteur par département, n'est-ce point le système des Comités réduits à un membre ?

S'il n'y a qu'un seul inspecteur nommé par l'administration, quels avantages nous apportera cette création ?

Les inspecteurs du service soumettent à l'examen de leurs collègues du Conseil de santé le résultat des inspections ; où trouver ici une garantie analogue ? Ne devons-nous pas craindre que cet inspecteur unique, revenant toujours visiter les mêmes hommes, n'obéisse à des sympathies ou à des antipathies qui seront involontaires, je le veux bien, mais qui le guideront, saura-t-il toujours s lever au-dessus de certaines faiblesses ? Ces cr ntes seront chimériques sans doute, mais il faut, notre confrère le sait bien, toujours compter avec les faiblesses humaines.

Si l'inspecteur est nommé par l'autorité, il sera forcément fonctionnaire et dépendra de l'administration. Peut-on dès lors attendre de lui autant d'indépendance que l'on est en droit d'en espérer de Comités dont les membres ne peuvent être guidés que par des motifs d'intérêt général ? Cet inspecteur, privé du contrôle de ses pairs, ne pourra-t-il pas incliner du côté de l'administration ?

Pour nous, l'Inspectorat offrirait à la médecine coloniale bien moins de garantie que les comités qui ont eu pour principal résultat de soustraire les médecins à la juridiction des bureaux et à l'appréciation, insuffisante peut-être, des autorités locales des lieux de leur résidence ordinaire. Ils sont aujourd'hui remis au jugement d'assemblées dans lesquelles leurs pairs sont toujours en nombre suffisant pour que toutes les questions qui les intéressent puissent être débattues par des hommes compétents. Dr TEXIER,

Président honoraire de l'association des médecins du département d'Alger.

RÉPONSE

Monsieur le Directeur,

J'ai écrit l'article auquel répond monsieur le docteur Texier, sans savoir qu'il fût question de remanier le réglement en vigueur, je me félicite d'être arrivé à propos ; mais ce n'est point assurément de l'opportunisme calculé.

Il me serait pénible de voir mon éminent contradicteur insister aussi vivement pour le maintien du *statu quo*, si je ne trouvais, dans ce fait, la preuve manifeste que la question de l'Inspectorat n'est pas aussi morte qu'il veut bien le dire.

Au surplus j'ai simplement eu pour but de renseigner quelques confrères qui m'avaient demandé mon avis *personnel* sur le service médical algérien : le *Concours* a bien voulu accepter mon article à titre d'information.

Je ne donnerai maintenant qu'une réponse bien courte.

Oui, j'ai accepté avec enthousiasme le nouveau réglement parce qu'il modifiait, du tout au tout, notre situation matérielle ; parce que son élaboration avait été entourée de précautions libérales qu'on ne rencontre pas d'habitude chez les administrateurs (mon honorable contradicteur leur rend excellemment cette justice); enfin parce qu'il portait en lui le germe d'une perfectibilité indéfinie par la faculté laissée au comité de procéder à la révision des articles constitutifs... Quelques voix cependant s'élevèrent déjà pour faire des réserves.

J'ai vu depuis les Comités à l'œuvre. J'ai vu la bonne volonté des médecins de Colonisation *se heurter à des décisions prises d'avance.*

Nous voulons bien, avec M. le Dr Texier, tenir compte des faiblesses humaines, même lorsqu'il s'agit de fonctionnaires-médecins, cependant, habitué de longue date à baser nos juge-

ments autrement que sur des conjectures, il nous répugne de tant soupçonner, et nous estimons *qu'un médecin seul peut inspirer au corps médical plus de confiance qu'une assemblée où les médecins de Colonisation sont toujours en infime minorité*. Toute la question est là. J'ajoute, pour prévenir une objection, que l'inspecteur des Enfant-Assistés, membre des Comités, peut être médecin comme aussi, quelquefois, il peut être ébéniste.

Enfin j'emprunterai à M. le Dr Texier un argument qui me paraît décisif. Que penser de Comités incapables d'arrêter des *mesures administratives* en opposition formelle avec le réglement? Que penser en voyant les médecins de Colonisation obligés de s'adresser aux sociétés locales et même à la députation algérienne ?

Que penser, quand on voit, depuis 1878 comme avant, les mêmes abus, si ce n'est que l'on a donné aux médecins de Colonisation des satisfactions quelque peu platoniques?

Pour nous, absolument désintéressé dans la question, nous continuerons à appeler *l'inspectorat* de tous nos vœux, parce que nous le croyons utile et nous nous associons de tout cœur à l'auteur anonyme qui, paraît-il, a soulevé la même question, il y a longtemps, dans une brochure qui nous était inconnue.

Veuillez agréer etc... Dr DEVOISINS.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS.

Précautions à prendre pour ménager le périnée pendant l'accouchement, *par Mme Frances Baker, docteur-médecin.* — Nous donnons ici les conclusions d'un travail lu par *Mme Baker*, à la réunion annuelle des médecins de l'État de Pensylvanie.

Pour agir utilement le praticien devra posséder une connaissance complète de l'anatomie du bassin féminin, et des organes qui y sont contenus, et se livrer à un examen permettant un diagnostic critique du cas particulier. Le périnée est-il long ou court, les parties de l'orifice vulvaire plus ou moins développées, rigides ou relachées ? Il faut savoir s'il y a de l'œdème, quelle est la position de l'orifice vaginal, s'il y a persistance de l'hymen, quel est l'état des parois vaginales, s'il exite des brides cicatricielles, si la vessie et l'intestin sont vides ; les dimensions et les particularités que peuvent offrir les parois pelviennes, ainsi que la présentation et la position, du fœtus. Telles sont les notions que doit bien connaître le praticien, dans son intérêt, et dans celui de la malade. Alors, seulement, il sera à même d'éloigner beaucoup de causes de rupture ou déchirure du périnée et de faire que celles qu'il ne pourra conjurer soient peu à redouter.

1o On ne devrait plus, à notre époque, recourir à l'emploi nuisible de l'ergot. *Tant que l'utérus contient encore le fœtus, le placenta, les membranes ou même des caillots l'ergot est formellement contre-indiqué.*

2o Le médecin et la malade doivent être l'un et l'autre dans une position convenable; durant la seconde période du travail, le décubitus latéral gauche est l'attitude où le périnée est le plus accessible au médecin, et qui lui donne le plus d'aisance pour intervenir. 3o Dans cette situation, moins que dans aucune autre, les manœuvres instrumentales maladroites, sont susceptibles de produire une déchirure. 4o Le médecin est rarement excusable si des efforts excessifs de la malade amènent une déchirure, depuis qu'on sait se servir des anesthésiques pour combattre à propos la rigidité des tissus, Mme Baker préfère le chloroforme à l'éther en cette occurence; elle s'assure d'abord de l'état des poumons, du cœur, des reins, et de l'absence de signes précurseurs de l'hémorrhagie après l'accouchement.

Il faut s'occuper de vider l'intestin et la vessie. Mais quant au périnée, *il ne faut pas le soutenir, car on ne soutient ainsi que la partie fœtale qui se présente et non le périnée lui-même.* Il faut à tous les instants de l'expulsion en observer le mécanisme. Si les parties fœtales, la tête par exemple, est trop fléchie, il faut la repousser vers la symphyse, modification de position obtenus en agissant par le rectum. Si au contraire l'extension de la tête s'opère trop vite, avant que les parties molles aient cédé, il faut appuyer sur elle et la repousser vers le sacrum. Si l'axe de la masse cylindrique formée par le fœtus, coupe à angle droit celui de l'orifice vulvaire, le fœtus sera dans les meilleures conditions pour franchir la vulve, avec le moindre dommage possible pour ses marges, et alors toute manœuvre, poussant soit en avant soit en arrière la partie présentée, serait une maladresse.

La déchirure du périnée est-elle inévitable? Il faut faire une incision bi-latérale de l'orifice vulvaire, à égale distance des deux commissures. Sans doute, ces incisions n'empêchent pas toujours la déchirure dite centrale, mais n'épargneraient-elles qu'une moitié de ces lésions, on doit y avoir recours. Elles sont indolores si on les pratique pendant contractions, et guérissent sans suture beaucoup plus aisément qu'une déchirure centrale, attaquant d'ordinaire les muscles du périnée. Il importe de réparer aussitôt les incisions faites, car les sutures sont, en ce temps-là, moins douloureuses que jamais, et se font même parfois sans anesthésie. Négliger d'en faire la restauration immédiate, serait un signe d'inattention blâmable chez un médecin.

(*Medic. Times ands. Gazette. 22 juillet 1882*).

Amputations dans la gangrène *sénile, par R. Dobson, chirurgien de l'hôpital général de Bristol.* — Presque toutes les autorités chirurgicales s'accordent à déconseiller l'amputation dans la gangrène des vieillards; quelques chirurgiens, il est vrai, ont osé opérer dans ces conditions défavorables, mais sans donner de règles précises sur les indications et contre-indications de l'intervention. L'auteur invoque à l'appui de sa thèse deux observations personnelles conclusives, et deux autres de la pratique de ses collèges du même hôpital. Le numéro du *British mécical Journal* qui contient cette communication, donne une observation explicite et analogue à celles du Dr Dobson, cette dernière est due à M. Herbert Smith. — Le *Medical Times*, du 6 août 1882 en contient une autre par M. Hutchinson de London Hospital.

De grandes amputations pratiquées d'après la méthode de Lister peuvent parfaitement guérir, faites à temps,

et sauver le malade d'une mort certaine. L'auteur résume ainsi ses conclusions sur ce sujet :

1o On ne doit pas amputer quand les forces du patient sont conservées, et qu'il existe une ligne apparente de démarcation entre les tissus sains et sphacélés, que les douleurs ne sont pas excessives, cèdent à l'opium et qu'on n'a pas de résorption septique.

2o On doit réserver l'amputation pour les cas où le sujet n'a pas dépassé soixante-quinze à soixante-seize ans, où la douleur est excessive, la gangrène très envahissante, et que les signes d'intoxication putride sont marqués. On doit amputer bien au dessus du niveau du sphacèle.

3o L'obstruction de l'artère principale n'est pas un obstacle à l'intervention ; la circulation collatérale s'établit d'ordinaire très suffisamment pour nourrir un moignon relativement court. On sait d'ailleurs que sur des sujets âgés, des tronçons, même considérables, peuvent guérir rapidement. L'emploi de la méthode antiseptique réduit d'ailleurs à leur minimun les causes défavorable à la guérison.

(British méd. Journal, 22 juillet 1882).

*
* *

Contribution à l'étude de la phthisie, *par le Dr Pearse, médecin honoraire du Dispensaire de Plymouth.* — L'auteur s'est occupé particulièrement de quelques troubles fonctionnels spéciaux aux phthisiques. Parmi eux il en est beaucoup qui se plaignent de souffrir du froid, le jour et la nuit, surtout du froid aux pieds la nuit. Plusieurs années avant l'apparition de la toux, de la maigreur, et des autres symptômes locaux, ils ont eu à se plaindre du froid aux pieds, durant la croissance ; sur cent malades interrogés, l'auteur en a rencontré quatre-vingt-onze avec ce symptôme.

Le Dr Pearse s'étonne avec raison que l'on s'obstine à ne pas prendre de précautions contre le froid. Une opinion erronée a prévalu, à savoir que les moyens de calorification artificielle employée pour les malades en question la nuit augmente leur susceptibilité à se refroidir durant le jour ; le manque de calorification la nuit, vient au contraire s'ajouter aux autres causes de dépression. Dans l'état actuel de nos connaissauces, nous pouvons l'attribuer au défaut d'énergie nerveuse ou vitale. C'est une névrose de la même nature que les autres, que la douleur épigastrique, que la faiblesse générale, états maladifs, qui se continuent avec le développement de la phthisie pulmonaire. Aussi est-il très important d'entretenir la chaleur naturelle au dedans et au dehors par une alimentation complémentaire en quelque sorte, et de compensation.

On sait qu'il n'existe pas de ligne de démarcation entre les actions vitales et celles purement chimiques. Dans les cas qui nous intéressent, l'administration d'alimeuts hydro-carbonés à ces malades refroidis repond à la théorie chimico-vitale, et on sait qu'ils voient rapidement s'améliorer leur santé générale, par le séjour dans les marais, au milieu des émanations gazeuses qui s'y font.

Il faut aussi, parmi les symptômes avant-coureurs de la phthisie, noter les douleurs de l'épigastre ; chez les malades du Dr Pearse, ce phénomène pénible se produisait après les repas. Du reste, ils n'ont pas d'appétit, malgré les pertes dues aux diverses sécrétions naturelles ou morbides. La cause mystérieuse de ces désordres doit se trouver dans les profondeurs des tissus, dans les centres nerveux, peut-être dans les éléments naissants de la trame organique. Parfois la névrose se manifeste par la dyspepsie avec sensation d'embarras gastrique, de la flatuleuce. Sur plusieurs centaines de cas, l'auteur n'en a trouvé que douze indemnes de troubles gastralgiques.

Nous savons que les altérations de fonctions ne sont pas seulement dues aux nerfs qui se distribuent dans la région malade, mais aussi aux centres cérébro-spinaux dont l'influence amènerait des modifications de structure dans les profondeurs de l'organisme : le changement d'air, les toniques sont capables de modifier ces combinaisons moléculaires, comme un fonctionnement physiologique des organes l'aurait fait.

Bien longtemps avaut l'apparition des désordres pulmonaires, les malades se plaignent d'une grande faiblesse, d'une prostration de leurs forces ; cet état cède souvent à un traitement approprié, mais il peut aussi se transformer graduellement en phthisie pulmonaire, période finale d'un état dont cette dépression ne serait que le premier stade.

Les troubles les plus variés peuvent survenir, dus à la déviation des fonctions vitales nerveuses ; telles sont les plaques pigmentaires rappelant chez les femmes celles de la grossesse. Tous ces signes divers, semblant n'avoir aucun lien ni entre eux, ni avec la maladie principale, nous enseignent que, dans l'étude des phénomènes naturels, il faut tenir compte des plus disparates.

Un grand nombre de sujets destinés à la phthisie, se fait remarquer dès l'enfance par une dépravation du goût, par leur préférence pour le poisson salé, les viandes salées, l'oignon et l'échalotte crus, ou confits au vinaigre. Ces fantaisies de l'appétit sont involontaires, ce sont des phénomènes vitaux intimes, causés par certaines insuffisances dans lastructure ou la nutrition profonde de l'économie, manifestations instinctives ayant pour fondement des nécessités chimico-vitales. Ces goûts singuliers se sont rencontrés chez cent-vingt malades sur cent quarante-trois ; le goût déréglé pour les conserves au vinaigre (pickles) soixante-treize fois constaté, tandis que treize malades seulement ne les aimaient pas. Presque tous ces malades ont du goût pour les aliments gras. — On peut comparer ces singularités avec la propension de certains malades dysentériques de l'Inde pour le jus de citron, le fruit du tamarix, et autres substances qui sont d'ailleurs des remèdes contre leur mal ; les jeunes et délicats phthisiques éprouvent surtout des envies correspoudant au manque d'éléments dans leurs tissus. C'est un impérieux devoir auquel ils cèdent pour satisfaire aux demandes de la nutrition et de la croissance ; de même qu'on voit des plantes et des animaux ne fleurir que dans les milieux qui leur sont favorables. Aussi la facilité avec laquelle des individus débiles digèrent l'oignon cru et d'autres aliments réputés indigestes, semblent indiquer un effort de la nature pour réparer les désordres anatomiques amenant dans le poumon la phthisie. Mais tant que les ressources scientifiques de la chimie, de l'analyse spectrale ne nous aurons pas fait connaître les transformations qui s'opèrent pour produire la phthisie, on sera réduit sur ce point à des conjectures. L'auteur envisage les faits acquis comme des guides dans la voie à suivre pour arriver à la prophylaxie de ces déviations de nutrition.

Au point de vue anatomique le Dr Pearse a remarqué des rapports marqués et profonds entre la forme du

corps, et l'évolution de la croissance. Dans les os de certaines régions, dans les maxillaires supérieures, dans la peau, les cheveux, les dents, les ongles, certains types morphologiques, dont les porteurs ont une grande tendance à la phthisie. Notons surtout la carie des incisives supérieures constatée une fois sur trois. Les dents ont des bords translucides, elles sont le plus souvent petites. Les cheveux et les sourcils sont souvent d'une épaisseur remarquable; les déformations des ongles sont bien connues.

Traitement. — L'auteur essaye en ce moment le traitement par les courants faradiques, dans le but de donner aux tissus une force et une vitalité nouvelles. Les malades au début de la phthisie, et ceux qui en sont menacés, sont soumis à un mélange de quinine, d'acide chlorydrique et d'arsenic et ils se trouvent bien non pas seulement pour leur dyspepsie, mais encore pour l'ensemble de leur santé.

En outre, il conseille fortement le changement d'air. Par analogie avec le plaisir bien constaté chez certains enfants de respirer les algues marines, l'auteur a pensé qu'il y avait là pour eux quelque chose de salutaire : il a fait préparer des pilules avec la pulpe de fucus vesiculosus mélangée à l'acide arsénieux; il s'est encore bien trouvé d'un mélange de quinine, arsenic et sulfate de manganèse additionné d'un peu d'eau de mer.

(*Med. Times and Gazette*, *15 et 29 juillet 1882*.)

Dr M. Picard.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Syndicat de la Dordogne.

Monsieur le Directeur,

Votre journal s'occupant d'intérêts professionnels, je crois vous être agréable en vous envoyant une copie de la lettre suivante qui a été adressée à tous les médecins de la Dordogne.

« Monsieur et très honoré confrère,

« L'Association médicale de la Dordogne, a, dans sa « séance du 26 mais dernier, mis à l'ordre du jour la ques- « tion de syndicats professionnels, et à la suite d'un « rapport présenté par M. le Docteur Destord, une « commission de sept membres a été nommée pour rédiger « un projet de statuts : Cette commission composée des « MM. les Drs Lacombe, Lombard, Destord, Léonardon, « Lapervenche, Latour, Millet-Lacombe et Jaubert, s'est « réunie dans la salle ordinaire des séances et a désigne « pour son président M. Lacombe et, pour son rappor- « teur, M. Destord.

« La commission:

« Considérant que les médecins, dans l'exercice de leur « profession, sont journellement exploités par des clients « de mauvaise foi, qui refusent de se libérer. Considérant « qu'il est juste que le médecin retire de l'exercice de son « art une rémunération proportionnée à l'importance de « sa clientèle;

« Considérant qu'avec la législation existante, l'Ad- « ministration. qui impose au médecin beaucoup de sacri- « fices pour lui conférer le diplôme, ne fait rien pour le « protéger contre ceux qui se livrent à l'exercice illégal « de la médecine;

« Considérant que le seul moyen de faire cesser cet état « de choses est de fonder des syndicats professionnels à « l'instar de ceux qui fonctionnent dans d'autres départe- « ments;

« Par ces motifs, adopte les résolutions suivantes. Tous « les médecins de la Dordogne seront invités, par lettre, « à une réunion générale qui aura lieu le 4 septembre, « à deux heures, à la Mairie de Périgueux. Ceux qui ne « pourront y assister sont priés de déclarer s'ils veulent « adhérer aux propositions mises à l'ordre du jour et qui « seront discutées en Assemblée générale.

« Ces propositions sont les suivantes :

« 1º Nomination d'un ou plusieurs agents de recouvre- « ment par arrondissement, région ou circonscription ;

« 2º Réclamation des honoraires à la fin de chaque « année;

« 3º Au mois de février suivant, réclamation nouvelle ; « un mois après, lettre adressée cette fois par l'agent de « recouvrement, et, dans le cas d'insuccès, liberté pour « le médecin d'avoir recours aux voies judiciaires ; ou « s'en abstenir ;

« 4º Envoi par l'agent de la liste des clients récalci- « trants à tous les médecins de la circonscription.

« 5º Engagement d'honneur pour tous les adhérent « de ne donner des soins à ces clients, sauf urgence, que « sur la présentation de la quittance des honoraires ré- « clamés ;

« 6º Chaque arrondissement élira son bureau et fera « son règlement.

« Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, « l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

« Le Président de la Commission.

« Dr U. Lacombe. »

Dans la séance du 4 septembre, ces diverses propositions ont acceptées et il a été décidé que, dans les deux mois, les médecins se réuniraient au chef-lieu de leur arrondissement respectif pour élire leur bureau et faire leur règlement.

Ont été chargés de convoquer leurs confrères et nommés présidents provisoires :

MM. les Drs	Lacombe pour l'arrondissement de	Périgueux.
—	Dusumier	Bergerac
—	Boissavie	Sarlat.
—	Léonardon-Lapervenche	Ribérac.
—	Millet-Lacombe	Nontron.

C'est par un ou deux numéros du *Concours médical* qui m'ont été envoyés à titre gracieux que j'ai appris c qui se passait dans d'autres départements au point de vu des intérêts professionnels. J'espère que, dans peu, no syndicats fonctionneront; ce sera une occasion des voir, de rendre nos intérêts solidaires ; nous y gagnerons en dignité et le public appréciera mieux les services qu'il attend de nous.

Je vous remercie du concours indirect que votre journal nous a prêté dans l'organisation de notre syndicat.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués,

Dr C. Destord.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Dr *Boucachard* de Couilly (Seine-et Marne,) membre du *Concours médical* depu longtemps.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

7 Octobre 1882 — 4me Année. — N° 40.

SOMMAIRE

BULLETIN

En présentant à l'Académie la note de M. Peuch sur l'injection sous-cutanée du virus de la clavelée atténué par dilution, M. Bouley prononçait ces paroles : sans doute cette méthode n'a pas suffisamment fait ses preuves, et le nombre des expériences tentées est encore trop restreint; mais les résultats obtenus permettent de bien en augurer. Or il y a, en Afrique, des conditions très favorables pour soumettre la méthode de M. Peuch à une expérimentation très légitime sur l'espèce humaine, et les médecins qui exercent en ce pays pourront facilement employer les injections sous-cutanées de virus varioleux atténué par dilution, pour remplacer la vaccination à laquelle les populations arabes ne se soumettent pas volontiers. — M. *Blot* s'élève à juste titre contre une pareille proposition pour plusieurs motifs. Et d'abord, cette résistance si grande des Arabes à la vaccination a cessé depuis de longues années : c'est par vingt et trente mille que nos confrères d'Afrique inoculent tous les ans les indigènes.

En second lieu, si l'on suivait le conseil de M. Bouley, on ne ferait ni plus ni moins que substituer à la vaccine, comme moyen prophylactique de la variole, le virus varioleux : or cette pratique dangereuse pour l'inoculé et pour ceux qui l'entourent, même en employant le virus dilué dont l'action peut différer notablement suivant les individus. En effet, étant donnés les degrés si variés de la *réceptivité individuelle* pour la variole, on ne peut prévoir d'avance ce que produiraient les injections du virus varioleux même dilué. M. Bouley a dit lui-même que les expériences de M. Peuch sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Il n'y a donc pas lieu de faire des expériences sur des êtres humains, alors que nous possédons un moyen inoffensif et qui a fait ses preuves.

Nos confrères d'Afrique doivent donc attendre prudemment que la démonstration soit parachevée, et encore, même à ce moment, M. Blot ne voit pas bien en quoi quelques cicatrices vaccinales, que laissera l'opération de Jenner, peuvent être comparées aux accidents graves, locaux ou généraux, auxquels pourront donner lieu les injections sous-cutanées de virus varioleux, même atténué par dilution.

M. *Tarnier* fait une longue et intéressante communication sur l'allaitement. Il commence par une vigoureuse sortie contre les biberons en général, déclarant que le meilleur et le plus simple ne vaut absolument rien, à cause des difficultés que l'on a à l'entretenir dans un état de propreté parfaite. Quand l'enfant ne peut pas être nourri au sein, il faut le faire boire à la timbale ou à la cuiller : c'est une habitude qu'il prend facilement, surtout quand on ne l'a jamais fait téter. En même temps que les différentes espèces de biberons, M. Tarnier a examiné toutes les variétés de lait conservé et les a expérimentées : ce lait qui peut être bon pour les adultes et les navigateurs ne

vaut absolument rien pour les enfants nouveau-nés.

Les éloges que MM. Parrot et Tarnier ont accordés dernièrement au lait d'ânesse a fait porter, contre ces deux médecins, l'accusation de nuire à l'allaitement maternel. M. Tarnier proteste de toutes ses forces contre une pareille allégation : dans sa pensée, rien ne vaut l'allaitement maternel; et si quelqu'un pouvait conserver le moindre doute à cet égard, il lui suffirait de comparer les résultats obtenus par les différents modes d'allaitement. Or, les résultats produits par l'allaitement artificiel, partout mauvais, sont désastreux à Paris; les chiffres donnés par M. Bertillon en sont la meilleure preuve.

En 1881, il y a eu à Paris 60,856 naissances; sur ce nombre, 14,571 enfants ont été envoyés en nourrice hors de Paris, et 46,285 sont restés à Paris. Sur les 46,285 enfants restés à Paris, 10,180 sont morts, soit une mortalité de 22 p. 100.

Sur ces 10,180 enfants, 5,202 (plus de la moitié) meurent par athrepsie, c'est-à-dire par suite de mauvaise alimentation. Or, sur ces 5,202 enfants, morts d'athrepsie, 3,067 étaient nourris au biberon.

M. Tarnier croit pouvoir affirmer que la mortalité des enfants élevés au biberon à Paris dépasse 50 pour 100. Sans doute l'allaitement artificiel est généralement mal conduit ; sans doute l'usage du lait d'ânesse en diminuerait les inconvénients : mais ce lait coûte 6 francs le litre pour les particuliers. En outre, avec l'ânesse, comme avec tous les animaux, surgissent les questions suivantes qui sont loin d'être élucidées : dans quelle proportion doit-on couper le lait et quelle nourriture faut-il donner à l'animal?

Ce problème de l'allaitement artificiel, qui a été si souvent discuté, a fourni à M. Tarnier des développements pleins de logique et de verve dont notre brève analyse ne saurait donner l'idée. L'auteur s'est surtout efforcé, dans son mémoire, de montrer combien notre ignorance en ces matières était profonde, et quel grand nombre de questions il nous restait encore à résoudre. Voici les conclusions de ce travail, conclusions qui ont soulevé les applaudissements répétés de l'Académie, et que nous serions heureux de voir mettre en pratique à bref délai.

1° La vie des enfants du premier âge ne peut être bien sauvegardée que par l'allaitement maternel. Celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles.

2° Si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte.

3° L'allaitement par une nourrice, favorable pour le nourrisson qui est allaité, est dangereux pour l'enfant de la nourrice.

4° L'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitememt par le lait de la femme ; il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et quel que soit le lait employé, en quelque lieu que ce soit ; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est absolument impossible de faire autrement.

5° Pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à l'allaitement artificiel, il serait très utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent pussent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même.

6° Il est à désirer qu'une étable d'essai, pour vaches et ânesses, soit établie dans l'un des quartiers de Paris et fournisse gratuitement aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge.

7° Une statistique comparative montrera bientôt quelle influence le lait fourni par l'étable d'essai peut avoir sur la mortalité des enfants ; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris suivant les besoins de la population;

8° Une crèche destinée à recueillir les enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une commission nommée par l'Académie et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Cette crèche serait supprimée dès que la commission aurait terminé son travail.

Dans notre dernier Bulletin nous avons omis de mentionner la mort de *M. Hillairet*, membre de l'Académie, un des praticiens les plus distingués de l'hôpital Saint-Louis. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'hémiparésie gauche avec hémianesthésie au sixième mois de la grossesse,

Par le Dr CH. LIEGEOIS de Bainville-aux-Saules (Vosges).

Le 30 janvier 1881, j'étais mandé en toute hâte, à quatre kilomètres de ma résidence médicale,

près d'une femme de vingt-sept ans, Mme C..., qui, à en croire le commissionnaire, venait d'avoir une attaque (*sic*).

Je me trouvai en face d'une femme qui était au sixième mois d'une seconde grossesse. Elle répondait lentement et d'une voie scandée à mes questions; les traits était sensiblement déviés à droite, le côté gauche de la face était visiblement immobile surtout quand on faisait rire la malade. Le matin, Mme C..., en vaquant à ses occupations domestiques, s'était affaissée tout-à-coup dans l'appartement où je la trouvais ; on l'avait mise au lit et on avait remarqué qu'elle ne pouvait mouvoir que difficilement les membres supérieur et inférieur gauches. Je fus frappé à mon tour par ces symptômes d'hémiparésie gauche, je reconnus que, non-seulement le membre supérieur et le membre inférieur, mais encore le côté gauche de la face, moins les muscles de l'œil, étaient atteints de paralysie presque complète. Notre malade ne saurait avec la main gauche serrer la nôtre, les mouvements d'élévation et de propulsion du membre inférieur gauche sont insignifiants; la patiente accuse, dans le mollet gauche, un sentiment de lourdeur.

La langue tirée décrit une courbe du côté hémiparésié.

L'hémianesthésie, ce symptôme qu'il faut toujours chercher, était beaucoup plus marquée que l'hémiparésie et siégeait du même côté.

L'analgésie et la thermo-anesthésie étaient très-nettes sur tout le côté gauche du corps : il n'existait pas la moindre sensibilité à la douleur ou à la température dans toute cette région, aussi bien sur la face, le tronc, le ventre que sur les membres : mais aussitôt que l'épingle, que le corps chaud ou froid dépassaient la ligne blanche ou la ligne sternale médiane ou le milieu du nez ou la sillon mentonnier, Mme C... ressentait, ou l'impression douloureuse, ou l'impression thermique.

La même anesthésie existait dans la narine gauche et sur la moitié gauche de la langue ; le chatouillement nasal gauche ne provoquait pas l'éternument, l'odeur du vinaigre n'était point perçue à gauche, le goût avait disparu sur la moitié gauche de la langue depuis la pointe jusqu'à la base : un grain de sel déposé sur cette moitié gauche passait inaperçu.

La pupille gauche était dilatée, l'œil gauche amblyope sans achromatopsie.

Cette femme n'est pas hystérique ; en aucun moment de son existence elle n'a eu ni les symptômes vaporeux, ni les manifestations convulsives de la grande névrose, mais de tout temps, et surtout depuis le début de cette seconde grossesse, elle a cu des craintes chimériques, des frayeurs, une passivité extrême, toutes choses qui faisaient dire aux gens de son village qu'elle « n'était pas comme une autre », et qui, pour nous (nous avons, il y a quelques années, insisté sur ce point dans la *Revue médicale de l'Est*), indiquent une prédisposition native aux accidents cérébraux. Chez cette variété de cérébropathes, il n'est pas rare de rencontrer des maladies encéphaliques parmi les antécédents : ici, en effet, le père avait succombé à une hémorrhagie cérébrale.

Nous prescrivîmes une potion avec 8 grammes de bromure de potassium à prendre dans les vingt-quatre heures, — de la tisane de valériane, et, à l'instar de Grasset qui vante les effets esthésiogènes du vésicatoire camphré apposé au mollet (la méthode de Burq n'est guère applicable dans nos campagnes!)

Le 31, l'hémiparésie avait notablement diminué, la sensibilité était revenue dans le membre inférieur tout entier, dans tout le membre supérieur moins les doigts, et sur la langue.

On continue la potion bromurée, la tisane de valériane, et je fais apposer un vésicatoire sur l'avant-bras gauche.

Le 1er février, la malade accuse des fourmillements dans les doigts de la main gauche où la sensibilité est, du reste, revenue.

Le 3 février, l'hémiparésie faciale est moindre, mais la parole encore embarrassée (vésicatoire à la nuque, — frictions sur les membres avec le mélange suivant : Alcool 200 gr., teinture de noix vomique, 40 gr. — 2 dragées de bromure de camphre matin et soir).

Le 7 février, les muscles faciaux gauches ont recouvré en partie leurs mouvements (granules d'hypophosphite de strychnine à 1 milligr., 6 par jour).

J'ai seulement revu Mme C... le 29 juin 1881, j'ai appris que, le 12 avril de la même année, elle avait mis au monde une fille dans les meilleures conditions. Elle éprouve quelques palpitations anémiques dues à l'allaitement. Sa parole n'est pas encore nette, mais elle a repris les travaux des champs. Sa bizarrerie de caractère reparaît de temps en temps : c'est ainsi que l'idée de noyer son enfant la poursuit souvent.

Personne, j'espère, ne verra dans ce cas les effets moteurs et sensitifs d'une lésion matérielle des centres nerveux, personne non plus un de ces cas si nombreux d'hémiparalysie avec hémianesthésie qui relèvent directement de l'hystérie. La guérison rapide de la malade exclut la lésion organique de l'encéphale, l'absence de symptômes précis antérieurs exclut l'hystérie. Non : il s'agit d'hémiparésie et d'hémianesthésie dites réflexes qu'on doit rattacher à la grossesse comme l'effet à sa cause. Voilà pourquoi j'ai publié ce fait, parce qu'on ne le rencontre pas tous les jours. Les annales de la science ne mentionnent que quelques cas plus ou moins analogues au nôtre :

Lever (*Guy's Hospital Reports*, 1847, vol. V, p. 14) parle d'une femme de vingt-six ans qui, au deuxième mois, et cela durant ses quatre grossesses, avait de l'engourdissement et de la faiblesse du bras droit ou de l'engourdissement dans tout le membre inférieur gauche seulement avec déviation des muscles du visage vers la droite. Le même auteur (eod. loc., p. 14) a vu une autre femme, âgée de trente ans, qui, au huitième mois de sa grossesse, eut de l'anesthésie du membre supérieur droit en même temps que de l'hémiparalysie.

Enfin (eod. loc., p. 20), il raconte l'histoire de trois autres femmes qui furent tout simplement hémiplégiques.

SIMPSON (cité in *Churchill, Traité pratique des maladies des femmes*, etc., 2e édit., Paris 1874, p. 1209) a constaté, au huitième mois de la grossesse, l'hémiplégie avec amaurose; J. J. CROSSE, (*cases in midwifery*, p. 163) l'hémiplégie droite avec paralysie du visage chez une femme de quarante-deux ans et chez une autre de vingt-sept ans, un mois avant l'accouchement; BEATTY (in *Churchill*, loc. cit., p. 1211) l'hémiplégie droite avec déviation de la bouche trois semaines avant le terme de la grossesse; MAC CLINTOCK (in *Churchill*, loc. cit; p. 1212). l'hémiplégie droite avec hémianesthésie au neuvième mois de la grossesse; STOKES (in *Churchill*, loc. cit., p. 1213) l'hémiplégie droite avec hémianesthésie gauche au septième mois.

Comment devons-nous interpréter les accidents d'hémiparésie et d'hémianesthésie gauche chez notre malade?

Nous regardons la grossesse comme la cause déterminante de ces accidents, l'état encéphalopathique héréditaire comme la cause prédisposante. Nous nous représentons très bien l'utérus gravide comme un grand centre qui, par l'intermédiaire de ses nerfs spino-sympathiques eisodiques, pour parler le langue de Tyler Smith (*Ranking's Abstract.*, vol VIII, p. 313), devient le théâtre de mille actions réflexes locales capables, comme toutes les actions réflexes, de se répercuter sur le centre vaso-moteur myélencéphalique qui, excité, peut anémier à son tour tel ou tel département nerveux (Brown-Séquard). Au cas particulier, l'anémie se sera localisée à l'ensemble de la capsule blanche interne droite. On sait, en effet, que les deux tiers antérieurs de cette capsule sont le carrefour de toutes les voies motrices du côté droit du corps, et que le tiers postérieur, du pied de la couronne rayonnante de Reil, est le carrefour de toutes les voies sensitives et sensorielles du même côté.

Dans les cas des auteurs où l'hémiplégie seule existe, les deux tiers antérieurs de la capsule étaient compromis; dans ceux où, comme dans le nôtre, l'hémiplégie était accompagnée de paralysie du sentiment, le réflexe vaso-constricteur s'exerçait sur un terrain mixte, sur les deux tiers antérieurs et sur le tiers postérieur, à la fois dans le domaine de l'artère lenticulo-striée et dans celui de l'artère lenticulo-optique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

PROPOSITIONS FAITES A L'OCCASION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES DU CONCOURS MÉDICAL.

Nous voulons examiner, dans une série de comptes-rendus, les diverses propositions faites à l'Assemblée générale du 17 septembre dernier, par les membres du « *Concours.* » Elles n'ont pas été, dans leur ensemble, ce que nous espérions qu'elles seraient. Pour qu'il en soit autrement, dans l'avenir, nous croyons devoir les mentionner toutes, dans l'espoir qu'elles en susciteront de nouvelles et aussi pour assurer nos lecteurs qu'elles seront toujours accueillies et examinées par les Comités et l'Assemblée.

M. le Dr DUNAND (*d'Esternay*, Marne) *propose* : 1° *d'établir par le journal, des consultations médicales par correspondance* ; cette proposition n'a pas été accueillie favorablement par la réunion des Comités. Elle a trouvé que la consultation médicale ne vaudrait que ce que vaudrait le médecin indiquant les éléments de la consultation. L'Assemblée n'a pas paru hostile, en général, à cette proposition. Elle devrait être développée par son auteur et étudiée plus mûrement.

2° *De créer une Bibliothèque circulante*.

La proposition a été rejetée par les Comités et l'Assemblée n'a pas paru faire un fonds absolu sur le soin que les médecins apporteraient à la conservation et au renvoi des volumes. Les frais d'ailleurs seraient trop considérables.

3° *De créer une Société de Consommation* au moyen d'un *livret* distribué annuellement à chaque Sociétaire et imprimé à leurs frais communs. Ce livret contiendra les noms des Sociétaires, leur résidence, l'indication des produits spéciaux à leur pays; la date de la récolte ou de la vente et les prix extrêmes.

Chaque Sociétaire choisirait, dans son pays, un producteur, ou à défaut un marchand de produits spéciaux à la région; il s'assurerait de la qualité des produits et surtout de l'honorabilité commerciale du vendeur qui, sur sa présentation, recevrait le titre, bientôt recherché, de fournisseur de la Société.

Les demandes auraient lieu directement au confrère Sociétaire qui n'aurait qu'à les transmettre au fournisseur choisi par lui. Les recouvrements, toujours à bref délai, seraient à la charge du fournisseur.

Ni les Comités, ni l'Assemblée n'ont repoussé cette proposition; mais ils ont trouvé qu'elle n'était pas suffisamment étudiée, simplifiée pour la prendre en considération et invitent son auteur à la préciser.

M. le Dr LAUMONNIER (de *Vernoil*, Maine-et-Loire) propose :

1° De publier, à l'avenir, dans le journal, toutes les questions à soumettre à l'Assemblée générale et de faire voter à ce sujet tous les membres du *Concours*.

Les Comités et l'Assemblée ont trouvé qu'il n'y aurait nécessité de provoquer ces votes que pour les questions absolument vitales et que les statuts n'avaient pas prévu cette nécessité.

2° M. Laumonnier propose une formule géné-

rale de refus d'accomplir, dorénavent, aucun acte de médecine légale.

Les Comités et l'Assemblée également ont pensé que cette mesure était inopportune et de la compétence des syndicats.

3° M. Laumonnier réclame la publication des noms des membres du *Concours*. Les Comités et l'Assemblée ajournent cette question.

4° M. le Dr Laumonnier demande que le journal soit coupé. Les Comités et l'Assemblée reconnaissent que cette facilité pour la lecture est compensée par l'inconvénient du rognage qui diminue la dimension de l'exemplaire et rend plus difficile le reliage — cependant on verra si on peut donner cette satisfaction ultérieurement.

5° M. Laumonnier souhaite que les membres du *Concours* puissent recourir, moyennant une faible rétribution, aux lumières d'un micrographe pour les examens difficiles, et demande pour les analyse la faculté de recourir également à une personne compétente.

Les Comités et l'Assemblée sont unanimes à reconnaître que ce service pourrait être établi. On devra, en conséquence, examiner cette question.

6° M. Laumonnier regrette que l'exécution de l'*Album des Photographies des membres du Concours* ne soit pas plus avancée. Il demande que le Directeur, pour hâter cette organisation, veuille bien répondre à l'envoi d'une Photographie par un envoi de sa part. Les Comités ne voient aucun inconvénient à cette réclamation et le Directeur de son côté, est tout disposé à cet échange de prévenances. Il s'engage à s'exécuter, à la fin de l'année, vis-à-vis de *tous les membres du Concours* qui ont ou auront bien voulu répondre au désir de M. Laumonnier.

M. le Dr Lejeune, (de Meursault, Côte-d'Or) propose : 1° de généraliser le système des abonnements en syndiquant les clients de même que les médecins se syndiquent. Il fixe le taux de l'abonnement à 3 fr. par tête, la commune payant pour les indigents. Le médecin serait payé par le percepteur. Les Comités et l'Assemblée pensent que le système des abonnements n'a pas donné et ne peut donner de résultats favorables au point de vue surtout de l'indépendance du médecin. Ils estiment d'ailleurs que ces questions relèvent des *Commissions d'études* et *des Syndicats*.

2° M. le Dr Lejeune réclame la *confection d'un annuaire médical exact*.

La proposition est prise en considération par les Comités et l'Assemblée. On publiera un projet d'ensemble sur cette question.

M. le Dr Devoisin (de Rabodanges, Orne) demande que les nombreux syndicats déjà en fonctionnement veuillent bien envoyer au *journal* des renseignements sur les clientèles vacantes. Ils seraient publiés et on aurait soin de dire quelle en est la provenance. Les demandeurs s'adresseraient alors directement au Président du Syndicat.

Ce vœu, éminemment pratique, est accepté par les Comités et l'Assemblée.

Les Syndicats sont priés d'y accéder.

Nous recevons à ce sujet la lettre suivante de notre distingué confrère M. Devoisins :

Monsieur le Directeur,

« Je ne puis résister au plaisir de vous remercier d'avoir bien voulu soumettre au Conseil des Comités ma note relative à l'envoi, par les syndicats, de renseignements complets et précis sur les clientèles vacantes. Je viens de voir avec joie que ma proposition a été acceptée. Si, lorsque je vous ai écrit, je n'avais pas été pressé autant qu'on peut l'être, je serais entré dans bien des détails. Mon intention était aussi, dans le cas où cela aurait pu vous être agréable, et, dans l'hypothèse bien admissible que vous avez un fardeau assez lourd pour que l'on ne le rende pas encore plus accablant, mon intention était, dis-je, de vous offrir de centraliser moi-même ces renseignements en prenant à ma charge tous les frais de correspondance. J'aurais pu ainsi dresser de temps en temps, un tableau complet et vous l'envoyer tout prêt pour l'impression avec les pièces s'y rapportant. J'ignore si cette petite combinaison aurait son utilité. Dans tous les cas, je vous la soumets. Et si je ne puis pas donner cette preuve de concours, je tâcherai de me rabattre sur autre chose.

La *Direction du Concours* accepte de grand cœur ce moyen si pratique de la *Division de son travail* qui devient et deviendra de plus en plus lourd, à mesure que le nombre des membres de notre Sosiété s'accroîtra. — Le travail sera mieux fait, sutout à la condition que *nos correspondants veuillent bien nous tenir au courant* de la conclusion des échanges de clientèle accomplis par l'intermédiaire dévoué et désintéressé du « *Concours médical.* » (*A suivre*).

II

LA MORT DU FORÇAT.

Histoire d'un vieux médecin de campagne (1).

Un soir maître Raisin revenait de tournée ;
Il avait chevauché depuis la matinée
Par un temps pluvieux ; il ôta son manteau
Encor tout ruisselant, déboucla le *houseau*.
Et s'assit, à cheval, près du feu, sur sa chaise —
Sans prononcer un mot. « Tu parais mal à l'aise,
Raisin » lui dit sa femme — « Oui, sacrebleu ! j'ai froid,
J'ai faim, car je n'ai pris, de tout le jour, qu'un doigt
De vin avec un peu de gâteau, chez Caillette.
Oh ! le chien de métier ! — La soupe est-elle prête ?
— Tout à l'heure — Fais vite ! Est-il venu quelqu'un ?
— Le fils Lebourg, son père, et j'ai dit à chacun

(1) Il y a quelque temps déjà que nous avions en réserve cette pièce que M. le Dr Charayron a bien voulu nous communiquer : nous remercions vivement notre confrère, ainsi que M. le Dr Dunogier qui s'est chargé de la lire à notre banquet du 17 septembre dernier.

Qu'on ne t'attende pas. C'était... pour une couche.
— « *Ils n'ont jamais payé ces gens là!* Je me couche!
Ma foi, tant pis pour eux, car je suis éreinté
Et ne veux point *crever!* »
— Officier de santé,
Depuis un demi-siècle, exerçant au village
Raisin en avait pris les mœurs et le langage. —
Il était grand et fort; très bon quoique bourru,
N'était point maladroit — Il avait tant couru;
Nuit et jour, à cheval, à pied, sur toute route,
Qu'à la fin son échine avait formé la voûte.
Les pieds sur les chenets et la tête en avant,
Doucement balancée, il parlait en rêvant:
(à table!
C'étaient... des mots sans suite. — « Allons! mon vieux,
Voici la soupe prête, et je fais cuire un râble,
De lapin de garenne avec... des salsifis...
Et bien! tu ne viens pas? » — « Je pensais à mon fils
Qui pourrait, à cette heure, exercer à ma place
Si Dieu ne nous l'eût pris, mon pauvre enfant! « — « De
(grâce)
Laisse-là tes regrets... superflus. Viens manger,
Comme te voilà fait; ne peux-tu t'arranger
Pour laisser des clients aux docteurs de la ville?
Nous avons presque assez pour vivre. » — « Euh! c'est facile
A dire, mais à faire... Ils sont loin... — Qui va là?
— « C'est moi », fit une voix. — «Lebourg» — La femme alla
Pour repousser l'intrus... Il était dans la place!
— « Bonsoir, monsieur » — « Bonsoir » — « Mon fils
(vous prie en grâce
De venir voir sa femme, *à quant moi*, sans retard.
Je suis déjà venu tantôt » — « Il est trop tard
Et je suis fatigué! » — « Monsieur, c'est que... ça presse
Ma bru déjà deux fois est tombée en faiblesse. » (chercher)
— « Eh! bien, allez ailleurs!... » — « Quand on vient le
Un médecin, monsieur, ça doit toujours marcher. »
«Ah! tu crois?... Animal!... » — « Elle pleure, elle crie,
Que ça fait *sang-mêlé*. Venez, je vous en prie!...
Dépêchez, vous n'avez pas besoin d'avoir peur,
Vous serez bien payé. Ça vous saigne le cœur
De la voir commme elle est!... » — « Depuis quand
(souffre-t-elle?
Ta bru? » — « Depuis minuit; la souffrance est cruelle.
On la couche, on la lève, on la tient sous les bras...
Elle est mal à mourir!... — J'y vais! » — « Tu n'iras pas
Sans... » — « Je prendrai là-bas un peu de nourriture. »
— « C'est trop juste! » — « Avez-vous au moins une
(voiture? »
— « Non! Non? — » Cocotte est lasse et mon homme
Raisin, tu n'iras pas! » — « Quand le coq a chanté (éreinté.
La poule doit se taire! » — Et pourtant tout à l'heure
Tu disais... — « Veux-tu pas qu'une personne meure
Faute d'un médecin? » — « Que m'importe! C'est eux
Qui te feront mourir!» — «C'est bien!» — «Tu te fais vieux..»
— « Assez, femme!.. — « On pourra le ramener? » —
« Sans doute. »
— « Mon forceps, mon bâton, ma pipe, allons, en route! »
Le bonhomme partit, Lebourg le précédait,
Passant par les chemins les plus courts. Il l'aidait
A sauter les fossés, à franchir les passages,
Ecartant le bétail couché dans les herbages.
Le pauvre vieux suivait, à grand'peine marchant
Par les sentiers boueux, et parfois trébuchant.
Il avait, par deux fois, laissé tomber sa canne.
Il pestait, il jurait... Lebourg, beaucoup plus crâne,
Devant son compagnon détalait à grands pas.
Le ciel était très noir; le vent ne cessait pas,
Et la pluie était froide. Et c'est au bout d'une heure
Qu'ils arrivaient enfin, tout deux, à la demeure.
Il était temps! Raisin n'eût pu marcher plus loin.
Il s'assit... ou plutôt s'abattit dans un coin
De l'âtre, sur un banc. Il ôta sa cravate
Enleva son faux-col, il arracha la patte,
Les boutons du gilet et quitta son habit,
Pour souffler plus à l'aise. Il était déconfit,
Les yeux étaient mourants, sa figure affaissée
Et son larynx, muet. La poitrine oppressée
Ne laissait échapper que d'affreux sifflements.
Son oreille était sourde aux longs gémissements
De la femme.
A la vie il renaissait à peine
Qu'il fit à la malade une *calembredaine*,
— Qu'elle reçut fort mal — « Vous n'êtes pas piteux!
Au lieu de plaisanter, vous feriez beaucoup mieux
De me *débarrasser*... — « Tout à l'heure, ma belle!..
— « C'est que depuis longtemps je souffre! » cria-t-elle
— » Oh! c'est que tu n'as pas bien prié saint André,
Afin que l'enfant sorte ainsi qu'il est entré,...
Nous allons voir la chose. »
Il approche, examine,
Toujours *goguenardant* la malade en gésine;
La touche... tout-à-coup, il devient sérieux,
Et sous un autre aspect apparait à ses yeux.
Il s'est transfiguré; sa grossière parole
Soudain s'est épurée. Il caresse, il console.
Mais il fallait agir, avec décision!
Raisin prend son forceps, fait l'application,
C'était merveille à voir, avec quelle prudence,
Quels soins et quelle adresse et... *quelle patience*,
Il manœuvrait, tout seul, et la mère et l'enfant,
Tandis qu'autour de lui l'on s'agite impuissant.
. . . .
Après qu'il eut remis dans son lit l'accouchée
— Avec une *pudeur* dont elle fut touchée —
Il revient à l'enfant dont il presse à nouveau
La poitrine, en cadence; pose son gros museau
Sur sa petite bouche, et, sans dégoût, sans crainte
Insuffle le poumon. La vie était éteinte.
Il ranime la vie! et... quand tout fut fini,
Il crut qu'il était temps de s'occuper de lui.
Dans un demi-sommeil la femme était plongée,
Ne pensant plus à rien. La nappe était rangée
Près du feu. De sa poche, il tira son couteau
Se tailla sans façon, un énorme morceau
De pain; il prit du lard, dans un plat, sur la table
Et mangea, sans souci ni de Dieu, ni du diable,
Sans s'en apercevoir, et tout en plaisantant,
Vidant souvent son verre. Au café bien fumant,
Lui-même il ajoutait coup sur coup la *poussette*
Le *Gloria-Patri*, *rincette*, *surrincette*
Et... des *et cætera.....!* D'un charbon pris au feu
Il alluma sa pipe et s'assoupit un peu,
Humant à petits coups, dodelinant la tête
Quand il se réveilla, Raisin était... tout bête;
Il se leva et soudain... tout tourne autour de lui;
De la table pourtant se faisant un appui,
Il reprend son aplomb, va droit à la malade
— Du pas d'un vieux marin qui fait sa promenade
Sur le gaillard d'avant — et fait son examen
Dont il est satisfait. — « Je reviendrai demain.
En attendant tu vas te tenir très tranquille,
Sois sage et tout ira bien! Surtout pas de bile.

Et point de conmérage autour de toi! J'ai dit. »
Mais comme il s'en allait, par le pan de l'habit
La femme le retient. — « Et mon enfant? » dit-elle,
— « Au moins c'est un garçon ? » — « Non! c'est une
Si ce n'est qu'une fille, après tout, d'un garçon (femelle
Tu pourras dans deux mois te payer la façon.
La lune va changer; comme dit ma commère,
Lorsque dans les trois jours ce changement s'opère,
Le sexe change aussi. Ça doit te consoler ? » (ler.
« — Jamais! » — « On dit toujours ça mais... Fais atte-
— « Ah! c'est que... »
— « Il faut que je m'en aille ! » —
— « Nous n'avons ni cheval, ni voiture » — « Canaille!
M'avais-tu pas promis?... » — « On promet ce qu'on
(veut,
Quand on est dans *l'engaigne*, on tient... mais si l'on
(peut ! »
Raisin dut partir *seul!* et l'on n'y voyait goutte!..

. . . .

Le premier qui passa, le matin, sur la route,
Vit un vieillard assis sur un tas de cailloux,
La tête dans les mains, les coudes aux genoux.
Près de lui son bâton, ~~sa pipe,~~ une sacoche
D'où sort un instrument. Quand le passant est proche :
« Tiens, se dit-il, mais c'est... monsieur Raisin ! Il dort...
Il a son chargement complet! »...... *Il était mort!!!*

MORALE.

Du pauvre médecin dont j'ai conté l'histoire,
D'aucuns, dans le pays, ont gardé la mémoire!
Mais les vieux débiteurs vinrent en marchandant,
Par peur de l'huissier, apporter leur argent!
Et ceux à qui sa mort avait permis de vivre.....
En forme d'oraison, disaient : « *Il était ivre!* »

Dr SPARADRAP.

III

MÉDECINS ET COMPAGNIES D'ASSURANCES.

A.

Monsieur et honoré Confrère.

Je lis dans le dernier numéro du *Concours* : « Un « chemin de fer est en construction ; j'aurais à soi- « gner les ouvriers et à traiter avec les compa- « gnies d'assurances, etc.

J'ai été en 1879-80, chargé d'un service, dans ces conditions. Au début, les entrepreneurs n'avaient pas encore contracté d'assurance ; j'étais à sept kilomètres de la ligne en construction et j'étais payé à raison de 120 francs par mois. Plus tard, les entrepreneurs se sont assurés à la Compagnie la Sécurité générale et la Responsabilité civile réunies. Cette compagnie me payait à raison de 3 francs par 1000 francs de salaires payés aux ouvriers; ainsi pour 10.000 francs payés chaque mois aux ouvriers, par exemple, je touchais 30 francs. Les travaux étaient assez importants, et d'après ce taux, je n'ai jamais touché moins de 115 à 120 fr. par mois. J'ai eu relativement, un service assez peu chargé, et le prix a été assez rémunérateur.

Reste à savoir à quelle distance de la ligne se trouve le confrère de l'Isère, quelle sera l'importance, la solde moyenne des ouvriers, la distance maximum à parcourir. Enfin, il est un point que je recommande spécialement à mon confrère : Avant d'accepter le service de la ligne, *se renseigner bien exactement* sur les conditions de l'assurance. Son service devra-t-il se borner (comme cela a lieu avec les compagnies d'assurance) *à constater* les accidents et *la date* de la guérison ? Devra-t-il donner les soins intermédiaires ? Ces soins intermédiaires devront-ils être payés par la Compagnie d'assurance ou par l'entrepreneur ? Je lui recommande de ne s'engager à rien, sans être bien fixé sur tout cela. Autrement il se trouverait un jour aux prises avec toutes sortes de difficultés. En ce qui me concerne, tout d'abord je devais toucher 2 francs par 1000 fr. des salaires, et je ne devais *que constater* les accidents et donner les premiers soins ; puis plus tard j'ai reçu 3 fr. par 1000 fr. ; j'étais alors chargé des soins intermédiaires jusqu'à la guérison. De plus, éloigné des pharmaciens, je fournissais les médiments qui m'étaient payés à part. Telles sont les conditions dans lesquelles j'ai fait le service de la ligne en construction. Si mon confrère de l'Isère a besoin d'autres renseignements, je suis à sa disposition

Agréez, etc.

Dr GUÉDENEY, à Chevillon, (Haute-Marne).

B.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ouvre ce matin le *Concours médical* du 2 septembre : Un de nos confrères, M. le Dr B. à L. M. (Isère), demande des renseignements sur les relations des médecins vis-à-vis les compagnies d'assurances, à l'occasion des travaux de chemins de fer.

Depuis trois ans j'ai eu affaire à plusieurs compagnies : actuellement je suis agréé médecin, près de deux compagnies de Paris avec lesquelles j'ai les meilleures relations.

Voici le système de règlements des honoraires, propres à chacune d'elles.

La première, la P., de Paris, alloue 1 fr. par consultation dans le cabinet ou 1 fr. par visite dans la localité : en dehors de la localité, 4 fr. pour un minimum de quatre kilomètres audessous et au dessus, 1 fr. en sus par chaque kilomètre parcouru. Ces honoraires me sont payés régulièrement tous les mois.

La seconde, le S... également de Paris, a un système de règlement différent et qui donne, toute comparaison faite, sensiblement les mêmes résultats. Chaque mois, je reçois à titre d'honoraires, 0 fr. 20 par 100 fr. de salaires payés aux ouvriers

de l'entreprise : ainsi, chez moi, les ouvriers reçoivent environ 30.000 fr. par mois.

Vous voyez quel est le chiffre de mes honoraires, soit 60 francs.

Je ne me plains pas, je vous le répète, de mes relations avec ces compagnies, avec lesquelles cependant, j'ai fait mes conditions avant d'accepter.

Nous n'avons pas encore de syndicat dans notre région: La Rochelle nous a déjà devancés ; mais d'après les dispositions de quelques confrères, je crois qu'avant la fin de l'année nous en aurons enfanté un petit — pourvu qu'il soit viable ! . . .

Bien à vous, mon cher Directeur, et votre dévoué.

Dr Rigaben (*de Taillebourg*.)

C.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous renvoyer sous ce pli la lettre dans laquelle notre obligeant confrère de Taillebourg me donne les renseignements que j'avais demandés sur les compagnies d'assurance. Veuillez lui transmettre mes sincères remerciements. Mais je n'oublie pas que si, aujourd'hui, les membres du Corps médical ont une si grande facilité pour communiquer entre eux et se donner mutuellement une foule de renseignements utiles, c'est à vous qu'ils la doivent, et c'est à vous par conséquent, que doit revenir l'expression de leur gratitude, toutes les fois qu'ils profitent des avantages que votre initiative intelligente et dévouée leur a procurés.

Agréez etc., Dr Bergeret.

15 septembre 1882.

D.

Monsieur et très honoré Confrère,

. . . .

Dans la correspondance du numéro 35, je lis qu'un confrère, qui va se trouver en présence d'une compagnie d'assurance pendant la construction d'un chemin de fer, demande des renseignements que je suis incapable de lui fournir. Mais je profite de cette occasion, pour conseiller à tous nos confrères, qui se trouvent dans une région où l'on crée de grands travaux, un chemin de fer, par exemple, de ne jamais se départir de cette règle de conduite vis-à-vis des ouvriers qui les emploient pour eux ou pour leurs familles, alors qu'ils ne sont pas médecins choisis par la compagnie d'entreprise : c'est de ne jamais faire crédit au de là de huit à quinze jours. J'en parle en connaissance de cause, et je reste persuadé qu'un grand nombre de ces ouvriers nomades n'ont jamais payé leur médecin. Avec de tels clients ce qui serait beaucoup plus sûr, mais souvent impraticable, ce serait de faire comme en Angleterre, de la médecine au comptant. — Si par cet avis j'empêche quelques jeunes confrères d'être dupés je m'estimerai heureux, et notre Journal aura encore servi la cause professionnelle. Plût à Dieu que le *Concours médical* eût été de ce monde, il y a une dizaine d'années, lors de la construction du chemin de fer des Charentes ! . . . .

Mais je m'aperçois, cher confrère, que je deviendrais facilement bavard. Aussi je m'arrête et vous prie de vouloir bien agréer l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

Dr Pintaud-Dessallées.

REVUE CLINIQUE

Hôpital de la Clinique. — M. Depaul (1).

Procidence du cordon ombilical (*Fin*).

Dans la dernière séance. nous avons étudié la procidence du cordon, son étiologie et son pronostic; il nous reste aujourd'hui à vous parler du diagnostic et du traitement.

Le diagnostic est-il facile? — Oui, en général, cependant il est des cas où l'on peut éprouver quelques difficultés, notamment dans les variétés de procidence où le cordon ne dépasse pas les parties fœtales qui se présentent, mais se trouve pincé entre elles et le bassin. Dans ce cas, en effet, on n'aperçoit rien, et l'on est tout à coup surpris de voir sortir une certaine quantité de méconium. Si vous venez alors à ausculter les battements du cœur de l'enfant à travers les parois abdominales, vous découvrez un trouble circulatoire qui doit appeler votre attention sur le fait possible d'une procidence, et le plus souvent le toucher vous permettra de la reconnaître et de rectifier ainsi votre diagnostic. Cela m'est arrivé plusieurs fois.

Il est pourtant des cas où l'on ne trouve rien, le danger se produisant plus au loin, dans la cavité utérine, soit dans le cas d'enroulement d'une anse autour du cou de l'enfant, soit par l'accolement d'une anse fortement appliquée et comprimée contre le dos de l'enfant, accident qui produira le même effet qu'une procidence. Dans ce cas encore, l'auscultation et la sortie du méconium nous avertiront.

Il y a quelques mois, j'étais auprès d'une femme de la ville, qui, malgré de grands efforts, ne parvenait pas à faire descendre la tête de l'enfant ; au contraire, après chaque contraction la tête re-

(1) Voir numéro 37.

montait. Tout à coup, je vis s'écouler du sang plus qu'une femme à pareil moment ne doit en perdre, en même temps que celle-ci se plaignait d'une douleur très vive pendant chaque contraction, dans un point du ventre constamment le même. J'auscultai; la vie de l'enfant était en danger, le col était bien dilaté. En deux temps, je fis une application de forceps et terminai l'accouchement; l'enfant se ranima bientôt et vécut. Eh bien, dans ce cas-là, j'aurais attendu une heure seulement l'enfant aurait succombé.

Il y a donc des faits de procidence que l'on ne peut pas apprécier avec le doigt.

J'ai dit que la procidence du cordon n'était un accident dangereux que pour l'enfant et non pour la mère, chez laquelle, seules, les manœuvres auxquelles on est obligé d'avoir recours pour repousser le cordon et le remettre en place sont une source de quelque fatigue. C'est pourquoi, si, lorsque l'on est appelé, l'enfant est mort, il n'y a rien à faire; s'il est vivant, au contraire, il faut agir, non pas dans l'intérêt de la mère, dont la santé n'a rien à redouter de cet accident, et je le répète, mais dans l'intérêt même de l'enfant.

En effet, la procidence du cordon n'est dangereuse que par la compression des vaisseaux qui en résulte, laquelle entraînera la mort, soit par congestion, et l'enfant succombera apoplectique, soit par anémie, et vous le verrez pâle et décoloré, etc.

On a voulu aussi expliquer les dangers auxquels cet accident exposait l'enfant par le refroidissement du cordon et la coagulation du sang à l'intérieur de ses vaisseaux. De là, quelques auteurs avaient conseillé l'enveloppement du cordon dans des fomentations chaudes, dans une éponge perforée pour recevoir l'anse pendante du cordon, et trempée dans du vin chaud. Mais cette explication ne saurait être soutenue, et pareil refroidissement ne se peut concevoir, même pendant l'hiver.

Je passe maintenant au traitement, lequel se résume, ou à ne rien faire comme je l'ai déjà dit pour un certain nombre de cas, ou à replacer le cordon dans des conditions capables de faire cesser toute compression, ou bien encore à terminer l'accouchement aussitôt si la chose est possible.

J'ai déjà dit que, lorsque l'enfant était mort, il n'y avait rien à faire, en effet, pourquoi se presser de terminer l'accouchement? Tout intérêt d'agir a disparu, la femme n'est point en danger; le mieux est donc de la laisser tranquille.

D'autres fois, le cas est plus embarrassant : la procidence est manifeste, on entend encore un peu les battements du cœur de l'enfant, puis ils diminuent, bientôt on ne sent plus de battements dans le cordon. L'enfant est-il donc mort? Auscultez de nouveau son cœur, et, si vous l'entendez encore battre, quoique faiblement et irrégulièrement, hâtez-vous d'intervenir pour l'empêcher de passer de vie à trépas.

Autre cas : l'enfant est vivant, vous en avez la preuve et dans le cœur et dans le cordon. Que faut-il faire? Faut-il agir? Le col n'est pas ouvert, il faut essayer néanmoins de remonter le cordon au-dessus des parties qui s'engagent et l'y laisser. La méthode n'est pas extrêmement ancienne. C'est Mauriceau qui l'a, le premier, conseillée; cependant Delamothe n'en veut pas, et Baudelocque lui-même n'y apporte qu'une médiocre importance. Cependant Mauriceau avait publié sept observations de rétropulsion du cordon suivies de succès. Mais, à partir de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, la méthode fut généralement acceptée, et depuis soixante-dix ou quatre-vingts ans, nul ne nie plus, dans certaines conditions, la nécessité d'y avoir recours.

Il y a pourtant des cas où l'on ne peut y parvenir; ce sont : 1° quand la tête ou les parties qui se présentent sont très engagées et fortement serrées dans la cavité pelvienne; 2° quand il existe une insertion anormale du placenta sur le col ou dans le voisinage : toute tentative est alors inutile, le cordon retombant aussitôt; dans ce cas on se hâte, si possible, de terminer l'accouchement. Si pourtant le col n'était pas ouvert, la vie de l'enfant étant en grand danger, serait-il permis de pratiquer un ou deux petits débridements du col? — Certainement. Je suis convaincu qu'en pareil cas l'opération est utile, et que, de plus, étant sagement faite, elle n'est point meurtrière pour la mère. Je l'ai fait plus d'une fois par une ou deux petites entailles de deux ou trois millimètres seulement d'étendue. Le col devient alors facilement dilatable et le forceps permet de terminer l'accouchement et de sauvegarder la vie de l'enfant.

J'ai parlé, dans ma dernière leçon, de la thèse de M. Schuré, passée en 1835. Vous y trouverez tous les moyens de réduction employés contre la procidence du cordon. Tous ces moyens, du reste, se ressemblent plus ou moins, et tous sont plus ou moins favorables. L'un des plus anciens est celui de Descamps; l'un des plus en vogue est celui du même auteur, mais modifié par une sage-femme, Mme Mercier, qui, d'une tige droite et rigide, a fait une tige flexible se mouvant dans une gaine en caoutchouc, dont l'extrémité se termine par deux petites branches formant un anneau complet lorsqu'elles se rapprochent et dans lequel on introduit le cordon pour, avec les doigts, le faire glisser et remonter au dessus de la partie fœtale qui se présente de façon à lui faire ainsi suivre le chemin qu'il avait parcouru dans sa procidence. Une fois arrivé à la place qu'il doit occuper, on ouvre l'anneau et on cherche à le dégager pour ne pas entraîner de nouveau cette anse en retirant l'instrument. C'est là même un de ses plus sérieux inconvénients.

Il en est à peu près de même du porte-cordon allemand de Schœller (de Berlin), qui ne me satisfait aussi que médiocrement, malgré la vogue dont il jouit. Il ressemble beaucoup du reste à celui de Mme Mercier; la seule différence qu'il présente, c'est qu'il n'a qu'un seul crochet au lieu des deux qui forment anneau dans l'instrument précédent.

D'autres accoucheurs ont imaginé aussi de se servir, comme porte-cordon, d'une sonde de gomme élastique ordinaire avec son mandrin et ses deux petites ouvertures à son extrémité, pour

recevoir un ruban quelconque dont on a fait une anse lâche, laquelle embrasse le cordon que l'on veut réintroduire dans la cavité utérine. Ce moyen est assez bon.

Il existe encore beaucoup d'autres instruments, mais vous en trouverez la description dans les livres spéciaux. Je me borne ici à vous parler des principaux. J'ajouterai seulement que le hasard m'ayant fait acheter à l'hôtel des ventes, il y a plusieurs années, pour un prix d'un bon marché inouï — 25 ou 26 francs, — une trousse allemande qui contenait, en outre d'un grand nombre d'instruments divers, deux forceps, j'y trouvai un potrte cordon, dont, jusqu'à ce jour, je m'étais cru l'inventeur. Il se compose d'une tige flexible portant à l'une de ses extrémités une mortaise profonde dans laquelle on accroche une anse de fil un peu lâche, que l'on a préalablement passée autour du cordon, et l'on conduit l'instrument là où le cordon doit être déposé pour ainsi dire. Cet instrument, que j'avais fait faire autrement avec une baguette d'osier au lieu d'une baleine, est encore, de tous peut-être, le plus commode, et se débarrasse facilement de l'anse ombilicale sans laisser le risque de le ramener à l'extérieur lorsqu'on retire l'instrument.

Cela dit sur les divers moyens de réduction de la procidence du cordon, je n'ai qu'un mot à ajouter sur la terminaison de l'accouchement qui aura lieu, suivant les circonstances, par le forceps ou par la version. Si l'on applique le forceps, on aura soin d'éloigner le cordon des branches de l'instrument pour éviter toute compression grave pour les jours de l'enfant. Quant à la version, je n'ai rien à en dire : je vous en ai déjà parlé en maintes circonstances.

(*Gaz. des hôpitaux*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Utilité des Syndicats

Nous avons vu que le but vers lequel doivent tendre les syndicats est l'amélioration de la situation tant matérielle que morale du corps médical. Nous avons vu aussi que nous devons surtout compter sur nos propres forces, sur notre action individuelle ou collective, — collective surtout, — pour arriver au résultat que nous nous proposons d'atteindre. Nous savons également combien il est difficile d'introduire dans la législation qui nous régit, les réformes nécessaires, et quelles résistances se sont rencontrées qui ont fait échouer, jusqu'à ce jour, toutes les tentatives qui ont pu être faites en ce sens.

Une seule fois, nous avons été sur le point de posséder une législation répondant aux besoins de notre profession : c'était au temps du Ministère Salvandy. Mais la révolution de 1848 survint qui emporta les ministres et leurs projets. Les lecteurs du Concours n'ont point oublié l'historique de cette question si bien traitée par le Dr Geoffroy dans le numéro 19 de cette année, et les étranges péripéties par lesquelles elle a passé depuis le commencement du siècle jusqu'à nos jours.

Devons-nous, avec M. le Dr Testelin, sénateur du Nord, admettre que l'heure des réformes sérieuses n'est pas encore sonnée, et nous condamner à attendre indéfiniment, avec une résignation stoïque, des jours meilleurs pour exercer nos légitimes revendications? Certes, nous ne le pensons pas, et il nous semble que le moment est venu de réunir tous nos efforts pour obtenir qu'il soit porté à une législation surannée les modifications universellement demandées depuis longtemps. Le corps médical est assez largement représenté au Parlement pour que nous puissions compter sur une réforme radicale.

Mais ce n'est pas là une raison pour rester inactifs. Si nous examinons ce qui se passe autour de nous, nous verrons que partout il se crée des syndicats professionnels en vue de soutenir les intérêts généraux des groupes représentant les divers corps d'état, les diverses professions. La législation qui bientôt, nous l'espérons, sera devenue définitive, permettra de retirer de ces sortes d'association des avantages assez considérables pour que nous n'hésitions pas un instant à nous engager dans cette voie. Pourquoi attendrions-nous? Pouvons-nous espérer des circonstances plus propices, un moment plus favorable? Nous ne le pensons pas : nous croyons, au contraire, que le moment est venu de profiter de cette sorte d'agitation qui se produit dans tout le corps médical français et qui nous paraît annoncer le réveil des sentiments de confraternité et de solidarité trop longtemps obscurcis par l'individualisme à outrance.

Les réformes ne viendront pas seules, ou, du moins, nous avons peu de chance de voir l'initiative partir des régions élevées. Nous devons les préparer, les rendre nécessaires, indispensables. en les introduisant petit à petit dans les mœurs.

Or, pour cela, nous devons agir avec suite, avec méthode, d'une manière permanente. L'entente la plus parfaite, — qui pourrait en douter? — est donc absolument Noutile. us rencontrerons des difficultés, sans doute ; des obstacles se dresseront devant nous ; nous devron les tourner ou les renverser. Eh bien! si nous étions isolés, que pourrions-nous faire? — Rien, absolument rien, et et le découragement s'emparerait bien vite de ceux même qu'animent les meilleures intentions. En nous unissant, au contraire, en joignant et combinant nos efforts nous disposerons d'une force irrésistible.

Pour nous aider, pour nous soutenir les uns les autres dans cette œuvre de défense professionnelle et de rénovation, nous devons, avant tout, nous connaître, nous apprécier. De là, la nécessité de nous voir souvent, de nous réunir, pour discuter nos intérêts matériels et faire choix des meilleurs moyens pour nous conduire avec certitude aux fins que nous nous proposons. Ainsi que l'a dit M. le Dr Margueritte, du Havre, ainsi que nous l'avons nous-même écrit dans ce journal, prenons pour exemple la conduite tenue par les Ecclésiastiques dont personne, assurément, ne contestera l'esprit de

suite et la discipline admirable. Ils se réunissent en petits comités, chez l'un d'eux, et là, ils discutent tous les sujets qui les intéressent, ils prennent des résolutions tenues secrètes et parfaitement exécutées.

Ils obéissent à un ordre extérieur et supérieur, dira-t-on. — Qu'importe? Ils agissent ainsi parce qu'ils y trouvent un avantage immédiat, ils se soutiennent *contre tout ce qui n'est pas eux*, et ce sentiment suffit pour entretenir, dans leurs rangs, une entente parfaite. Ils se préoccupent, je crois, modérément de savoir qu'ils font acte d'obéissance à des autorités supérieures : Ils font acte de défense professionnelle; c'est là l'essentiel, et ils s'en trouvent bien.

Créons donc de petits groupes de médecins associés ou syndiqués qui puissent, sans grandes difficultés et sans frais considérables, se rencontrer très souvent, établir entre eux des relations suivies, cordiales même, de manière à imposer, dès le début, le silence le plus complet aux mauvaises langues toujours disposées à se donner carrière à nos dépens.

Qu'on ne s'y trompe pas : c'est là un point capital. Sans ces relations régulères, nous ne saurions arriver à aucun résultat. Comment, en effet, pourrions-nous prétendre à réformer les autres, si nous ne commençons par réformer, chez nous, ce qui est le plus urgent? Aussi qu'on veuille bien nous excuser si nous insistons surtout sur la formation de groupes peu nombreux. Nous croyons pouvoir affirmer, sans pour cela être indiscret et sans manquer aux égards que nous lui devons, que l'honorable M. H. Royer, président de l'Association Générale des médecins de France, admet pleinement l'utilité de ces groupes restreints.

Est-ce à dire pour cela que nous condamnions les syndicats embrassant tout un arrondissement ou même tout un département? Pas le moins du monde. Mais je crains qu'on ne veuille aller trop vite. Etant trop disséminés, les membres de ces syndicats ne pourront pas suffisamse concerter sur les questions qui les intéressent : ils ne se connaîtront pas assez, et on retombera dans les errements que nous avons déjà condamnés au cours de cette étude.

Il est une autre considération qui doit aussi attirer particulièrement notre attention. Nous devons user, vis à vis du public, de la plus grande circonspection, et nous garder de donner la moindre publicité aux décisions que nous aurons prises. A quoi bon initier le public ou la *presse extra-médicale* à tout ce qui nous intéresse? C'est le vrai moyen de faire crier bien fort contre nous, et ces criailleries, on peut en être certain, effraieront toujours quelques-uns de ceux contre lesquelles elles seront proférées. Et puis, les affaires médicales intéressent *spécialement* le monde médical : c'est donc à la *presse médicale seule* que les communications touchant nos syndicats doivent être faites. Elle seule a qualité pour les discuter avec compétence.

Nous savons que pour avoir agi autrement, on a failli amener des regrettables défections dans un des syndicats médicaux les plus importants et les plus anciens. Un honorable confrère s'est senti froissé en voyant publier les décisions du syndicat dans la presse politique, representant une *seule nuance* d'opinion. L'incident est, croyons-nous, heureusement terminé, à la satisfaction de tout le monde, et nous avons la conviction que c'est là une école qu'on sera peu disposé à recommencer.

Dr Barat-Dulaurier.

II

Syndicat de la Charente.

Discours de M. le Dr Pintaud-Dessalées

Messieurs et chers Collègues,

Notre association syndicale n'a pas encore six mois d'existence (nous tenons aujourd'hui notre deuxième réunion), et voilà que déjà nous pouvons signaler quelques bienfaits produits par cette association : résultats bien autrement avantageux pour tous, quand nous aurons amené à en faire partie la plupart de ceux de nos confrères qui se tiennent encore à l'écart.

Grâce à elle, nos relations entre confrères voisins sont plus fréquentes, et partout nous avons plus souvent l'occasion d'apprendre à nous estimer réciproquement. Nos clients, chaque fois qu'ils font appel à nos soins simultanés ou non, quand il s'agit par exemple d'une consultation extraordinaire, commencent à comprendre que ce n'est pas en vain que nous nous sommes syndiqués. Déjà le recouvrement des honoraires de quelques-uns d'entre nous a pu se faire plus aisément, grâce à l'emploi des imprimés sur lesquels se lisent sans ostentation les titres de notre association. Pour ma part, je suis heureux de pouvoir vous dire que c'est avec succès que j'ai employé notre fondé de pouvoirs ! Sur un total de plus de 3.000 fr. de créances excessivement véreuses puisque j'avais usé de tous les moyens coercitifs en notre pouvoir, même l'intervention de l'huissier, M. Bourabier a pu encaisser près de 200 fr., huit jours après l'envoi de ses lettres. Ce même jour, il a recueilli la promesse de plusieurs clients que dans les six mois il rentrerait encore près de 700 fr. Et tenez pour certain que notre homme d'affaires, énergique en même temps que bienveillant, n'abandonnera pas la partie contre ceux qui n'ont pas encore répondu à son appel.

C'est avec bonheur pour l'avenir de notre association que je vous transmets ce résultat encourageant, tout en regrettant d'avoir à vous entretenir de mes affaires personnelles : il est probable d'ailleurs que ceux de nos confrères qui déjà ont fait appel à notre fondé de pouvoirs peuvent vous signaler de semblables résultats.

Unissons-nous donc loyalement, observons scrupuleusement les statuts de notre belle organisation! C'est le meilleur moyen de nous faire honorer et respecter du public; c'est aussi la vraie marche à suivre pour convaincre nos confrères hésitants : l'intérêt entraîne plus sûrement encore que l'éloquence.

A l'œuvre donc, chers Confrères! Surtout sachons nous grouper par petits arrondissements, car j'ai la conviction que là réside l'avantage capital de notre organisation syndicale. Mais aussi, élargissons nos rangs pour en rendre l'accès plus facile à tous sans distinction d'opinion : que le diplôme de médecin et l'honorabilité du postutant suffisent pour entrer dans l'association.

Et nous aurons ainsi fait, chers Collègues, à l'intigation de notre honorable confrère le docteur Cézilly, *directeur « de ce journal qui représente avec autant de dévouement que d'intelligence les aspirations du corps médical, »* nous aurons ainsi fait, dis-je, œuvre utile pour notre génération et pour celles à venir.

Le Président du syndicat. Dr Pintaud-Dessalées

III

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES.

Les statuts du Syndicat ont été étudiés et acceptés dans la réunion préparatoire du 27 juillet 1882.

Cette réunion a également constitué une chambre syndicale provisoire, composée de :

MM. les Docteurs,

Roulland, à Niort, président.

Pellevoisin, à Beauvoir-sur-Niort, vice-président,

Béranger, à Niort, secrétaire-trésorier.

Cette chambre syndicale remettra ses pouvoirs, en séance du 27 septembre 1882, dans laquelle sera reconnue la constitution définitive du syndicat.

Les membres adhérents sont actuellement MM. les docteurs Roulland, Bodeau, Bocque', Pillet, Niort; — Martineau, Béranger, Bonnain, Moncoutant; — Granet, Carré, Saint-Maixent; — Pellevoisin, Beauvoir-sur-Niort, — De la Montagne, Frontenay-Rohan-Rohan; — Ricochon, Senoble, Champdeniers; — Gaillard, Parthenay; — Prouhet, La Mothe-Saint-Héraye; — Ygonin, Benet; — Dupont, Saint-Hilaire-la-Palud; — Martineau, Coulonges-sur-l'Autise; — Boudare, Sauzé-Vaussais.

Les adhésions nouvelles doivent être adressées à l'un des membres de la chambre syndicale provisoire.

CHRONIQUE JUDICIAIRE

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.... PAR UN MÉDECIN.

M. Barnier est docteur en médecine; il a été reçu par la Faculté de Paris. Il exerce depuis de longues années dans la Drôme. Eh bien tout cela ne l'a pas empêché d'être condamné pour exercice illégal de la médecine. Le fait peut paraître invraisemblable. En voici l'explication.

On sait que les somnambules, rebouteurs, vendeurs de remèdes secrets et autres marchants d'orviétan, qui craignent des poursuites pour exercice illégal de la médecine, ont coutume, pour se mettre à couvert, vis-à-vis de la loi, de donner des indemnités assez élevées à des médecins plus ou moins scrupuleux qui assistent aux consultations. Ces derniers sont censés les diriger; mais en réalité, ils ne font pas autre chose que de couvrir de leur présence les charlatans qui les payent.

C'est ainsi que le doceur Barnier ayant reçu un jour la visite d'un certain Robert, qui passe pour posséder un remède aussi secret qu'infaillibe, facile à appliquer, même en voyage, contre l'horrible maladie appelée le cancer, au lieu de lui indiquer la porte de sortie, consentit de l'accompagner chez une dame M..., atteinte de ce mal.

Après treize visites à cent francs chacune, la note à payer, comprenant honoraires et prix des remèdes, s'élevait à quinze cents francs, et Mme M... plus malade que jamais entrait à l'hôpital de Carpentras où il fallut l'opérer.

Cette merveilleuse cure ayant été ébruitée, le docteur Barnier fut traduit devant le tribunal de Carpentras pour vente de remèdes secrets. Condamné pour ce chef à deux cents francs d'amende, il a interjeté appel et la cour de Nîmes a confirmé la décision des premiers juges. Cet arrêt, et c'est là où nous voulions en venir, contient deux considérants que feront bien de méditer tous ceux qui prostituent leur titre de docteur en médecine en consentant à se faire les comparses des empiriques.

Voici ces considérants :

« Attendu que, si le docteur en médecine régulièrement pourvu de son diplôme, a le droit d'exercer l'art de guérir, librement et souverainement, de juger avec une pleine indépendance les cas qui lui sont soumis, de prescrire magistralement les remèdes qui lui paraissent nécessaires et ne peut jamais, en le faisant, être considéré comme exerçant illégalement la médecine, il n'en est pas de même quand, renonçant à son independance et à son autorité, éteignant en quelque sorte ses propres lumières et cessant de juger et de prescrire lui-même, il s'associe avec une personne sans diplôme, possesseur d'un remède secret, réputé efficace pour certaines maladies, la couvre de son propre diplôme, et, de concert avec elle, traite une maladie avec les remèdes dont il ignore absolument la composition et qu'il consent à appliquer sans les contrôler ;

« Qu'en effet le docteur en médecine, en coopérant ainsi à l'œuvre illégale de son associé, sans pouvoir s'en rendre compte et aveuglément, n'exerce plus en réalité l'art de guérir, qui comporte nécessairement la connaissance et l'intelligence des moyens curatifs et des principes scientifiques qui doivent diriger leur emploi, et, qu'au contraire sa participation servile à l'œuvre de sou associé lui emprunte toute son illégalité. »

BIBLIOGRAPHIE.

Simulation de l'Amaurose et de l'Amblyopie. — Principaux moyens de la dévoiler, par le Dr S. Baudry (de Lille), Paris 1883. Paraîtra en novembre, chez M. Berthier, libraire, 104, Boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

14 Octobre 1882 4me Année. — N° 41

SOMMAIRE

BULLETIN

On se rappelle les objections très sérieuses que M. Blot a élevées contre la proposition de M. Bouley, de tenter en Afrique, sur les Arabes, des essais d'inoculation faite avec du virus varioleux dilué. En répondant à son honorable contradicteur, M. *Bouley* rappelle qu'il a proposé ces essais sur les Arabes, uniquement parce que, par suite de préjugés de caste et de religion, ces populations étaient, en général, hostiles à la vaccine. L'orateur affirme que, d'après les documents qu'il a reçus, cette répugnance à se laisser vacciner avec un sang impur continue à dominer chez les indigènes de l'Algérie, tandis qu'ils acceptent facilement l'inoculation du virus varioleux. En outre, sous l'influence de la chaleur qui règne en ces régions, le vaccin subit des altérations qui le rendent stérile, altérations auxquelles résiste le virus varioleux. Puisque l'Arabe consent à ce qu'on lui inocule le virus varioleux, et celui-là seulement, il serait logique continue M. Bouley, de substituer à l'inoculation du virus pur, celle du virus atténué, dilué, dans le but de diminuer les chances d'accidents, et d'essayer d'obtenir, s'il est possible, la variole ou, pour mieux dire, la fièvre varioleuse et l'immunité sans l'épuration, comme M. Peuch parait avoir obtenu, par l'inoculation du virus dilué de la clavelée, la fièvre et l'immunité, sans les accidents locaux de la maladie. Peut-être arriverait-on ainsi, en supprimant les manifestations locales de l'inoculation varioleuse, à rendre la maladie non transmissible par voie d'infection. Voilà pourquoi l'orateur n'a pas hésité à inviter les médecins de notre armée d'Afrique à tenter sur les Arabes des expériences analogues à celles que M. Peuch a faites sur les animaux.

M. *Blot* déclare qu'il n'est pas convaincu, et il considère toujours comme un acte d'imprudence grave, d'engager nos confrères d'Afrique à répéter sur l'homme, fût-il Arabe, des expériences qui, pratiquées jusqu'ici sur des animaux, ont été, de l'aveu même de l'auteur de la nouvelle méthode, trop insuffisantes pour qu'on pût se former une opinion solidement fondée.

Sait-on ce qu'il adviendra, dans la suite, des nouvelles expériences de M. Peuch : est-on bien certain qu'il n'y aura pas d'éruption? Au lieu de multipier le virus varioleux en Afrique, au milieu de populations cruellement éprouvées par la variole, ne vaut-il pas mieux encourager nos confrères de l'armée à propager, comme ils le font, par tous les moyens, le virus vaccinal, qui, lui, n'offre aucun danger et préserve du fléau? De ce que la médecine vétérinaire n'a pas encore trouvé le vaccin de la clavelée, s'ensuit-il que la médecine humaine doive abandonner le vaccin de la variole qui a fait ses preuves depuis près d'un siècle? Ce serait vraiment aller à reculons.

Messieurs J. Guérin, Larrey, M. Perrin et J. Rochard protestent également, au nom de l'humanité, contre l'introduction, dans la médecine humaine, de la méthode proposée par M. Bouley et constatent les progrès ; que fait tous les jours

l'habitude de la vaccination, aussi bien en Algérie qu'en Cochinchine.

M. J. *Rochard* fait une nouvelle communication sur le *traitement des abcès du foie* par une méthode mise en pratique par les médecins de Shang-Haï. Cette méthode qu'il a déjà fait connaître dans une première communication à l'Académie, le 26 octobre 1880, consiste à ouvrir les abcès largement et d'un coup, après une ponction exploratrice préalable, et en se servant de l'aiguille aspiratrice comme d'un conducteur, puis à mettre en usage le pansement de Lister (injections phéniquées, drain volumineux, cuirasse antiseptique). Ce traitement a produit des résultats surprenants entre les mains du Dr Little, de Shang-Haï. . . . .

Depuis cette époque, M. Rochard a reçu de nombreuses communications qui ont affermi sa confiance dans ce mode de traitement. Il lui a été adressé en particulier deux observations qui lui paraissent des plus concluantes, l'une par M. le docteur Lolland, médecin de la marine, l'autre par M. le docteur Bernard (de *Cannes*), ancien médecin de la marine. Dans les deux cas, le succès a été complet, bien que les malades parussent être dans un état désespéré avant l'opération.

M. J. *Guérin* préfère la méthode sous-cutanée. On ponctionne l'abcès à l'aide d'un trocart assez volumineux, puis on lave la poche avec un courant d'eau phéniquée qu'on fait passer dans le kyste au moyen d'un appareil aspirateur. On évite ainsi les grandes incisions et les inconvénients qu'elles peuvent présenter et le succès n'en est pas moins certain.

Dr J. GEOFFROY.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES APRÈS LES GRANDES BLESSURES DES MEMBRES.

(*Suite et fin*).

Dans un précédent article (1) nous avons posé les bases sur lesquelles le chirurgien doit s'appuyer dans le choix de ses décisions, lorsqu'il est en présence d'une blessure grave. Nous avons successivement étudié la *Blessure*, le *Milieu*, et le *Blessé*. Qu'on nous permette encore d'insister ici sur quelques points relatifs à ce dernier, et qui jetteront un grand jour sur le pronostic des blessures. Supposons deux blessures identiques venant atteindre deux sujets : l'un est absolument bien portant : c'est un *blessé simple* ; l'autre est entaché d'une maladie organique ou constitutionnelle ; au point de vue pronostique, c'est un *malade blessé*. Si, au contraire, on n'arrive auprès du blessé simple que lorsqu'il est saisi par la fièvre traumatique, on sera en présence d'un *blessé malade*. Ces distinctions, que nous empruntons au livre si éminemment clinique du Professeur Verneuil (1), paraîtront arides à première vue ; mais, en analysant les cas qui se présentent, on verra qu'elles sont l'expression de la vérité clinique.

II. — Du choix de l'indication opératoire, — la Régularisation, — la Conservation.

Nous ne dirons que quelques mots des *Régularisations*. La régularisation d'une blessure est, comme on le sait, une intervention par laquelle le chirurgien profite du travail fait par le corps vulnérant et le complète en coupant parfois un lambeau de peau ou des parties molles broyées, ou bien en réséquant, à la surface de la plaie, des lambeaux de tissus, des pointes osseuses, etc. Mais ce procédé n'est point permis partout, les régions à *gros os*, comme la cuisse et la jambe, présentent, dans leurs traumatismes, des épanchements sanguins profonds, des tiraillements musculaires plus ou moins lointains qui contre-indiquent la régularisation et prescrivent l'amputation au-dessus du foyer traumatique. On comprend, en effet, qu'en gardant une vaste plaie dont la suppuration devra retrancher de nombreuses parcelles, on ne pourra obtenir un moignon fourni et bien matelassé. La main, le pied, le bras et quelquefois l'épaule sont les seules régions où l'on peut régulariser.

A quel moment doit-on agir dans les blessures de la main et du pied indiquant la régularisation ? Un grand nombre de praticiens préfèrent attendre que l'élimination spontanée des parties mortifiées se soit effectuée pour se borner à achever, par une opération tardive, ce que la *nature curatrice* n'aura pas fait à souhait. Mais pourquoi exposer le malade aux dangers d'une suppuration prolongée et plus tard à une opération secondaire sur des tissus malades ? Nous nous rangeons à la suite de ceux qui préfèrent régulariser une plaie fraîche, en sachant conserver ce qui peut servir plus tard.

Dans une de nos observations nous avons re-

(1) Voir le *Concours médical* du 9 septembre 1882, No 36 ; p. 438.

(1) Verneuil, *Mémoires de chirurgie*. T. II, les Amputations, p. 345 et suiv.

cueilli l'histoire d'un homme de vingt-cinq ans qui avait eu la partie antérieure du pied coupée par le bout d'un tonneau garni d'un cercle de fer. A son entrée à l'hôpital, il présentait une plaie elliptique dans laquelle les têtes des métacarpiens faisaient saillie. Le chirurgien pratiqua immédiatement la résection de ces têtes et du corps de l'os dans une étendue suffisante et le malade guérit très bien dans la suite; tandis que s'il avait été abandonné à lui-même, il aurait eu une saillie gênante de ses extrémités osseuses dans la cicatrice d'où serait résultée la nécessité d'une opération ultérieure.

Il ne faut pas oublier que la régularisation doit toujours être suffisante du côté des os, pour qu'en guérissant ils soient bien recouverts par les parties molles. On ne doit point laisser de pointes osseuses et on doit remonter assez haut au-dessus de la plaie. Nous avons pu observer récemment un employé de chemin de fer, qui avait eu le bras écrasé, par une locomotive, dans son quart supérieur; on avait régularisé seulement les parties molles et le fragment d'humérus restant présentait une pointe aiguë, tournée en dehors, puis menaçait de perforer la peau, et rendait les frottements douloureux, on fut obligé de réséquer cette pointe osseuse. Dans cette région, nous devons faire remarquer que, quand un traumatisme divise l'humérus au voisinage de son col chirurgical il est préférable, en régularisant, de saisir avec un davier puissant le fragment huméral, d'aller diviser la capsule et d'extraire la tête. Les muscles du moignon de l'épaule tirant, en effet, sur celle-ci tendront toujours à diriger en dehors l'extrémité externe du fragment.

Conservation ou Amputation.

A une certaine époque de la chirurgie, les praticiens, redoutant les accidents consécutifs aux blessures, n'hésitaient pas à enlever des membres que, grâce aux procédés antiseptiques actuels, nous pouvons maintenant conserver. Les fractures compliquées de la jambe, par exemple, étaient une indication d'amputation, et on sait maintenant que, par le pansement ouaté, le Lister ou le pansement iodoformé occlusif, on obtient des résultats merveilleux. Mais si les tendances conservatrices sont permises, il ne faut pas en abuser. Pour des fractures ouvertes, d'égale gravité, on pourra conserver le membre d'un malade, tandis qu'il faudra amputer l'autre. Les indications que nous avons données plus haut sur les différences de pronostic, eu égard au malade et au milieu, nous doivent ici montrer la voie la plus sûre. Un blessé jeune, vigoureux, sans aucun antécédent morbide, sans état constitutionnel, devra bénéficier, de la conservation; son organisme pourra, à l'abri d'un pansement antiseptique, faire les frais de la réparation : c'est le *blessé simple*. D'autre part, un blessé adulte, ou un vieillard, un homme entaché d'un vice constitutionnel, un alcoolique, un *malade blessé*, en un mot, quelques bonnes que puissent être les conditions extérieures, devra inspirer de la défiance. On essaiera de conserver, mais en surveillant de près les moindres symptômes pour intervenir au plus tôt. Quelques exemples, puisés dans nos observations, éclairciront ce que nous venons d'avancer.

En 1877, nous avons suivi un malade, jeune homme de dix-huit ans et demi, extrêmement vigoureux. Il entra à l'hôpital, dans le service du professeur Verneuil, à la Pitié, atteint d'une fracture de jambe comminutive et compliquée de plaie, à la partie inférieure du membre : c'était le sac de noix des auteurs ; néanmoins la circulation des artères du pied était intacte. On pratiqua immédiatement l'occlusion de la plaie et on plaça le membre fracassé dans une gouttière plâtrée, puis le tout fut entouré d'un appareil ouaté. Les jours suivants, tout se passa simplement, la température ne monta pas au-delà de 38° 6. Soixante-cinq jours après l'accident, on enlevait tout l'appareil, la jambe était consolidée au moyen d'un cal volumineux, les plaies étaient à peu près guéries. Le malade marcha très bien dans la suite, et, cependant il avait une lésion qui eût, quelques années auparavant, indiqué formellement l'amputation, surtout dans un milieu hospitalier.

Récemment nous avons vu un autre malade, qui va nous montrer l'autre côté de la question. Cet homme, âgé de quarante-deux ans, était entré dans le service du regretté professeur Broca, en 1880, lui aussi, pour une fracture compliquée de la jambe. Il était profondément alcoolique ; la fracture, causée par un coup de pied de cheval, paraissait pouvoir guérir sans opération. Bientôt la suppuration s'empara de la blessure, et les fusées purulentes qui se produisirent ne se sont complètement fermées qu'à la fin de 1881. Au commencement de cette année, le membre ne suppurait plus, mais la fracture n'était pas consolidée ; le genou était roide, la peau ne pouvait supporter la moindre pression sans s'escharrifier ; enfin c'était un membre plus nuisible qu'utile. Récemment ce malade succombait à des accidents de suppuration produits, dans la cuisse, à la suite d'une tentative de redressement du genou. N'eût-il pas mieux valu amputer ce malheureux au moment de son accident ? Il est probable qu'il eût bien guéri et qu'avec un membre artificiel il eût continué à vivre. En résumé, tout en se tenant dans la limite des grandes règles que nous avons énoncées, si on tente la conservation d'un membre dont les lésions n'indiquent pas la suppression immédiate, il ne faut le faire qu'en exerçant autour du blessé la plus minutieuse surveillauce. Il faut être à l'affût, pour ainsi dire, des signes qui annoncent une complication grave, afin d'agir au plus vite et d'opérer avant que le blessé soit devenu *malade*.

Des Amputations traumatiques.

Au point où nous en sommes de notre étude, nous voyons qu'il est des traumatismes qui, par leur gravité extrême, indiquent formellement la suppression du membre blessé; qu'il en est d'au-

tres qui, vu des circonstances particulières (âge du blessé, milieu où il vit, maladies générales dont il est atteint), l'indiquent non moins nettement. Il nous reste donc à étudier deux questions de la plus haute importance : 1° A quelle époque doit-on amputer ? 2° Où faut-il amputer ? — Puis nous terminerons ce long article par quelques mots sur le pansement préférable dans ces sortes d'opérations.

A. — Du moment des amputations traumatiques.

Nous n'allons pas rappeler à nos lecteurs les longues querelles entre les partisans de *l'amputation primitive* et ceux *des amputations secondaires*. Cette longue controverse existait déjà au siècle dernier, lorsque Boucher recommandait et pratiquait toujours les amputations immédiates, tandis que Faure, opérateur non moins habile, n'amputait jamais un blessé qu'à partir de quarante jours après la blessure. Dire que ces discussions sont finies serait téméraire, à notre époque; mais nous pouvons fixer un peu nos idées, à ce sujet, en analysant des séries de faits bien observés.

Il faut d'abord bien nous entendre sur ce que nous devons appeler *amputations primitives* ou *secondaires*, car nous croyons que beaucoup de statistiques sont absolument dépourvues de valeur, à cause de la mauvaise classification des cas. C'est ainsi que nous avons vu figurer dans les amputations primitives des opérations faites sur blessés de guerre deux et trois jours après l'accident ! Nous croyons qu'il est préférable d'adopter la classification du professeur Verneuil. Il prend pour point de repère le moment où commence la *fièvre traumatique*. On sait, en effet, qu'entre le moment où est produite la blessure et celui où débute la fièvre, il y a toujours un intervalle de douze à trente-six heures. Pour M. Verneuil les amputations pratiquées dans cette première période, que l'on peut étendre aux premières heures de la fièvre traumatique simple, sont les seules *amputations primitives* ou *immédiates* qu'il appelle aussi *antépyrétiques*.

Le blessé entre ensuite dans la période dangereuse, où, s'il est *simple*, c'est-à-dire jeune, vigoureux, bien constitué, dans un bon milieu, il en sera quitte pour subir la *fièvre traumatique* ordinaire qui ne dépasse pas habituellement 38°5 et qui dure de trois à six jours. Mais s'il est âgé, débilité, diathésique, à cette fièvre bénigne pourront succéder des accidents autrement graves, accidents d'origine septicémique à forme plus ou moins foudroyante, ou encore la pyohémie. Cette période sera celle des *amputations secondaires* ou *intrapyrétiques*.

Enfin, après avoir subi des accidents aigus plus ou moins graves, le blessé, chez lequel une suppuration interminable s'est établie, s'affaiblit peu à peu ; il finira pas périr, si on n'intervient pas. C'est là une *amputation tertiaire* ou *tardive* ou encore *métapyrétique*, pour terminer notre nomenclature.

Il nous faut choisir entre les deux premières classes et avoir des raisons plausibles pour guider notre choix. Prenons notre statistique qui porte sur dix-neuf amputations traumatiques. En adoptant la classification que nous avons énoncée, nous trouvons neuf amputations primitives et dix secondaires. Sur les neuf primitives sept malades ont guéri ; deux sont morts, et sur ces deux morts, l'un a succombé au tétanos; l'autre, un vieillard n'a pu se relever du choc traumatique. Des dix amputés secondairement, au contraire, quatre seulement ont guéri, tandis que six ont été emportés par des accidents divers : gangrène, septicémie, infection purulente, emphysémie putride.

Etudions maintenant de plus près nos trois classes d'amputations.

La statistique nous montre que les amputations primitives sont celles qui donnent les meilleurs résultats. Cependant, nous devons dire qu'il n'est pas indifférent d'amputer à tel ou tel moment de cette période primitive. Nous avons insisté dans la première partie de ce travail sur le choc traumatique, cet état de collapsus nerveux qui suit toutes les blessures graves; nous avons dit qu'il durait plus ou moins longtemps suivant l'âge et la vigueur du sujet, ainsi que suivant la gravité du traumatisme. La clinique nous montre que les opérations pratiquées durant le choc ne font que hâter la mort des blessés ; le nouveau traumatisme augmente le collapsus nerveux et ils succombent avec un abaissement progressif de la température. Qu'est-ce qui peut donc nous indiquer le moment favorable ? C'est la température : « N'opérez pas, dit le professeur Verneuil, tant que la température du blessé sera au-dessous de la normale. » Il faut attendre que le thermomètre marque de 37°5 à 38° ; il faut la provoquer au moyen de frictions, de boissons alcooliques, d'injections hypodermiques d'éther. Nous possédons l'observation d'un vieillard de soixante-quatre ans qui fut amputé pour une fracture comminutive de la jambe, alors qu'en période de choc sa température ne dépassait pas 36°2. Cinq heures après, il mourait dans le collapsus et bien que plusieurs injections sous-cutanées d'éther aient fait monter sa température à 37°2. Il ne faut donc pas opérer tant que le malade ne réagit point contre la dépression nerveuse primitive causée par le traumatisme.

La seconde période, la période dangereuse, à mauvais pronostic, peut présenter un grand nombre de complications mortelles, avons-nous dit, et qu'il est de la plus grande utilité de prévoir.

La *fièvre traumatique* est l'accident le plus simple, il est d'un pronostic bénin ; plus vive cependant chez l'enfant et les sujets nerveux que chez l'adulte, elle ne dure pas en moyenne plus de six jours, jamais elle ne monte à 40°. Si donc on voit survenir des frissons et une ascension thermique de 40° ou 40°5, il faut craindre autre chose. Chez les sujets cachectiques, les alcooliques, il se fait, dans le foyer traumatique, une fermentation dont nous ne connaissons pas la nature, mais dont le résultat est une intoxication aiguë qui menace directement tout l'organisme et qui se

manifeste localement par des phénomènes variables. Nous ne ferons qu'énumérer les principales complications locales que l'on peut rencontrer.

La *gangrène primitive* ou *l'emphysème putride* sont les complications les plus foudroyantes, *l'érysipèle bronzé*, dont on voit les premières descriptions dans Velpeau, est encore une complication fréquente, qui paraît plus spéciale aux diabétiques et aux alcooliques. Tous ces accidents sont d'un pronostic aussi mauvais les uns que les autres; nous avons des observations de tous et, sauf dans un cas de gangrène de la jambe où on fut obligé d'amputer la cuisse, tous les blessés opérés dans ces conditions ont succombé rapidement.

La *pyohémie* a, peut-être, une marche moins rapide; et, bien que, d'après les faits de M. Verneuil, les blessés opérés en puissance de cette complication succombent quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, si elle n'est pas absolument confirmée, elle ne contre-indique pas tout à fait l'amputation qui est la dernière planche de salut.

Disons enfin un mot des amputations tardives; elles aussi sont faites presque toujours dans des conditions défectueuses. Les opérés suppurent depuis longtemps et sont peu capables de faire les frais d'une cicatrisation. Dans une de nos observations, le blessé, alcoolique, atteint de fracture compliquée de la jambe, fut amputé de la cuisse quarante jours après l'accident, en pleine suppuration. Le moignon s'enflamma, suppura, et le malheureux finit par succomber à l'hecticité.

B. — Où faut-il amputer et quel est le pansement préférable?

Le lieu de l'amputation, lorsqu'elle est décidée, n'est pas indifférent. On sait, en effet, que les plaies contuses, les broiements, s'accompagnent de désordres plus ou moins éloignés. Il ne faut donc pas amputer trop près du foyer traumatique, afin d'éviter les suppurations qui s'établissent fatalement dans les parties contuses. Nous avons l'exemple d'un blessé que l'on amputa primitivement dans le foyer d'une fracture comminutive de la jambe; la gangrène s'empara du moignon, on amputa la cuisse et le malade guérit.

Les lésions à distance, ruptures musculaires, épanchements sanguins dans les gaînes sont, pour nous une condition importante qui doit nous guider dans le choix du pansement. Si nous avons vu la réunion immédiate réussir dans des amputations pathologiques nombreuses, jamais, sauf dans un cas d'amputation du bras faite dans les parties tout à fait saines, nous ne l'avons vu réussir dans les amputations traumatiques. Toujours la suppuration survenait et obligeait à enlever tous les agents de réunion. Aussi nous croyons que pour plus de sécurité, on doit employer les pansements antiseptiques ouverts: soit le pansement antiseptique phéniqué à plat, soit le pansement de l'iodoforme qui se fait de la même façon.

Dr Hambar.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

A PROPOS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 17 SEPTEMBRE

Des nombreuses lettres que nous avons reçues à propos de notre dernière réunion, et dont nous remercions ici tous nos correspondants, nous détachons les deux suivantes, qui montrent bien que que nos efforts sont compris et appréciés de nos confrères. De semblables témoignages (et nous en avons reçu beaucoup) ne peuvent que nous encourager à suivre, avec plus de zèle encore, la voie que nous nous sommes tracée.

A

Monsieur le Directeur,

Le compte-rendu de l'Assemblée générale de la Société le *Concours médical*, qui a eu lieu le 17 septembre dernier, ne peut faire naître dans nos cœurs que des pensées de profonde gratitude et d'espérance, pour l'avenir de notre profession; de profonde gratitude pour le promoteur de cette Association.

En mon nom personnel et au nom du syndicat que j'ai l'honneur de représenter comme secrétaire, qu'il me soit permis d'adresser à M. le Docteur Cézilly, notre Directeur, tous les éloges dus à son action féconde, et à sa persévérance digne d'être couronnée d'un grand succès.

Du reste, cette ardeur à faire le bien s'est communiquée à plusieurs de nos confrères. Les Docteurs Geoffroy, Gassot, Poulet, Barat-Dulaurier, Margueritte, Mignen etc., etc., travaillent avec entrain à l'œuvre si confraternelle dont M. le Dr Cézilly a pris l'initiative il y a quatre ans. Ceux qui, jusqu'à présent, sont restés à l'écart, ne sauront se soustraire à l'élan qui nous est communiqué par ces éminents confrères et viendront bientôt se joindre à nous.

J'ai bien vivement regretté que des circonstances majeures m'aient empêché d'assister à la réunion du 17.

J'étais présent de cœur à cette réunion si intime et qui portera plus d'un utile renseignement.

Mais combien j'aurais désiré pouvoir serrer la main de ces confrères plus heureux qui, en notre absence, aplanissent la route que nous devons suivre. Honneur à eux! Je leur envoie à travers l'espace toutes mes félicitations.

Nous imiterons l'exemple que vous nous donnez et tous nous apporterons notre pierre à l'édifice, si petite qu'elle soit.

Et déjà, de tous côtés, ne semble-il qu'il passe

comme un souffle de concorde et d'union, et que le corps médical, las enfin de ses luttes, de ses dissenssions intestines, se recueille pour écouter cette voix puissante de l'association qui lui crie : Resserre tes rangs, unis-toi pour le bien de tous.

En effet, dans bien des régions on nous signale la formation des *syndicats médicaux*. C'est là, je le proclame hautement, que résident les moyens d'action les plus puissants dont le corps médical puisse disposer. C'est là que viendront se briser les résistances plus ou moins occultes. C'est là que nous apprendrons à nous connaître et à nous estimer les uns les autres. C'est là, qu'animés du même esprit, nous pourrons puiser les conseils et les forces nécessaires pour surmonter toutes les difficultés qui nous entourent ; nous faire mieux respecter de la société à laquelle nous rendons tant de services et qui se montre parfois si sévère et si ingrate envers nous. C'est de là, enfin, que nous sortirons puissamment armés contre le parasitisme qui s'exerce au détriment de tous.

Mais pour arriver à ce but suprême, il ne faut point d'abstentions. Il faut que tous nous nous enrôlions sous le même honorable drapeau.

Il ne faut point d'arrière pensée. Il faut marcher droit et ferme vers le but qui doit être le même pour nous tous : La profession médicale honorée, et équitablement rémunérée.

Tels sont les avantages que nous procurera le Syndicat. Mais je le répète, pour arriver à ce but, il ne faut point d'abstentions ; il ne faudrait d'absents que les *indignes*. C'est dans cet esprit que notre syndicat va se réunir dans quelques jours. Je vous en enverrai le compte-rendu et les statuts.

Je forme des vœux pour que tous les départements en France soient dotés bientôt sans exception d'un syndicat médical, et alors nous pourrons rédiger nos cahiers et les soumettre en toute confiance aux Chambres.

Veuillez agréer, Dr MORA

(*de Brunehamel, Aisne*)

B.

Très honoré Confrère,

Il y a quelque temps je causais avec deux de mes confrères, et, naturellement, je leur parlais de notre *Concours médical*, qui, j'en ai la conviction, est appelé à rendre les plus grands services, surtout aux jeunes.

Cette grande fédération de la famille médicale opérée et soutenue par les forces vives de la publicité est une idée qui ne fera que grandir et rallier certainement dans un temps donné la généralité des médecins de France.

Honneur au *Concours* qui l'a conçue et mise à exécution !

Arriver, sans bourse délier, à créer une véritable société coopérative, marchant rapidement à la prospérité comme le constate votre rapport, si ustement applaudi par les heureux confrères qui ont pu assister à la réunion du 17, est une de ces entreprises qui ne peuvent être abordées que par des hommes animés d'une foi persévérante.

Tout en rendant les plus grands services aux malades par le choix éclairé de ses recommandations pharmaceutiques, le journal le *Concours médical* soutient et fortifie le médecin en lui faisant comprendre la force dont il dispose par une association que tous nous avons intérêt à étendre.

J'ai laissé à mes jeunes confrères le temps de la réflexion, et j'ai attendu ce qui devait nécessairement arriver : l'un d'eux vient de m'écrire de le faire agréer au « *Concours médical,* » je lui ai répondu qu'il ne pouvait s'engager qu'après avoir pris connaissance de ses devoirs et de ses droits.

Veuillez donc, je vous prie, cher directeur, faire adresser le dernier numéro qui contient une formule d'adhésion à MM. les Docteurs C. à F. et R. à S.

Je suis persuadé que vous ne tarderez pas à recevoir deux adhésions dont la Société du *Concours médical* aura lieu de s'applaudir.

Veuillez agréer, etc. Dr A. BONTEMPS.

II

PROPOSITIONS SOUMISES A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 17 SEPTEMBRE.

(*Suite*)

MM. les Drs BOURNET et AUDIBERT (de *Montauban*) demandent: 1° que des *Assemblées régionales* des membres du *Concours* précèdent l'Assemblée générale. Elles émettraient des vœux qui seraient discutés par cette dernière.

Les *Comités* et l'*Assemblée* ont trouvé que ces réunions seraient des superfétations ; que le nombre des membres du *Concours* n'est pas encore suffisant ; que les syndicats, qui se composent et se composeront en majorité des membres de notre société, sont à même d'émettre ces vœux en nom collectif ; ces vœux seront examinés avec la même attention que les désirs exprimés par tout adhérent du *Concours*. Nous ne verrions d'ailleurs que des avantages à ces réunions accidentelles lorsque nos confrères pourront les provoquer.

2° Que le *Concours* indique, à Paris, un *hôtel* où l'on serait assuré d'être traité convenablement.

L'Assemblée se voit obligée d'ajourner cette question dont les termes ne sont pas suffisamment précisés.

M. le Dr WITTMAN, au *Val d'Ajol* (Vosges), réclame l'impression et l'expédition de tout ce qui a été publié, dans la *chronique professionnelle* du journal, sur les *sociétés de secours mutuels*, aux *Bureaux* de ces sociétés.

Les comités et l'Assemblée ont jugé que ces mesures étaient du ressort des *syndicats*.

M. le Dr Alméras (de *Menton*) réclame, avec preuves à l'appui, contre la perception illégale de la double patente vis à vis des médecins qui ont un double domicile.

L'Assemblée, d'accord avec M. Alméras, sur le bien fondé de sa réclamation, constate que cette communication est du ressort de la révision de la législation et pourra faire l'objet d'une plainte adressée à M. le ministre des Finances. Que M. Alméras en rédige la teneur et nous la ferons parvenir.

M. Desatteux, médecin à *Lardy*, propose de solliciter l'autorisation du gouvernement pour l'émission d'une *Loterie*, à un capital très élevé, en vue de la création d'un fonds considérable qui permettrait la prompte constitution d'une *caisse de retraites* pour les médecins arrivés à l'âge de cinquante ans.

Les comités et l'Assemblée sont d'avis que les circonstances actuelles ne sont pas favorables à cette proposition. De nombreuses loteries ont été émises récemment; il y a eu et il y a des déconvenues.

Nous ferons observer à ce sujet que l'autorisation d'une loterie en faveur d'une institution de caisses de retraites serait parfaitement justifiée. Un de nos confrères, membre du *Concours*, M. le Dr Ordonneau, a bien voulu se charger de l'étude du mécanisme de la *caisse des pensions du corps médical belge*. Il l'exposera dans le *Concours*. Nous supposons qu'alors la demande de M. Desatteux aurait des bases précises. Notre confrère remarquera que l'autorisation d'une loterie ne suffit pas; qu'il faut, en outre, une *souscription initiale* couvrant le *montant des lots* préalablement à l'émission des billets; qu'il faut ensuite être assuré de les placer. Ces diverses nécessités imposeraient des responsabilités de toute nature. Une étude approfondie peut, seule, permettre de mener à bien l'entreprise.

(*à suivre*.)

III

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Très honoré Directeur,

La lecture du dernier article de notre confrère, le Dr Gassot, m'engage à vous communiquer les réflexions qui suivent, car il me semble qu'elles pourraient aider à la solution de la question au grand profit de la société et de chacune des parties intéressées.

Les pharmaciens veulent faire de la médecine, bien qu'ils ne l'aient pas étudiée; les médecins, d'autre part, veulent faire de la pharmacie, sans en connaître vraiment, au moins pour la plupart, ce que nous appelons le f. s. a.

Les uns comme les autres croient avoir pour eux le bon droit, et, pour moi, tous ont tort. Certes, il n'est pas douteux que ce qui manque à nos études pratiques en pharmacie n'est rien comparativement à ce qui manque à MM. les pharmaciens, en médecine. Mais tant que cette lacune existe, si petite qu'elle soit, avons-nous le droit de réclamer, et ne donnerons-nous pas toujours prise aux attaques de nos adversaires, tant que nous ne l'aurons pas comblée.

Or, voici une proposition qui aurait chance de remettre tout le monde d'accord :

Je voudrais que *tout docteur, reçu pharmacien*, ait le pouvoir, tant qu'il lui plait, de fournir lui-même des médicaments à ses clients.

Par contre, *tout pharmacien, reçu docteur*, pourrait joindre à son officine un cabinet de consultations.

Quant aux docteurs et aux pharmaciens qui n'auraient pas les deux diplômes, ils resteraient soumis à la loi actuelle.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans de longs commentaires pour prouver combien cette loi serait juste puis qu'elle donnerait à chacun des latitudes proportionnées à ses capacités. Elle ferait, en outre, bénéficier la société d'un avantage considérable, en plaçant les médecins dans de meilleures conditions pour lutter contre les maladies, et en diminuant le nombre des pharmaciens qui donnent des consultations, sans avoir fait d'études médicales.

Veuillez agréer, etc.

Dr Le Menant-des-Chesnais
(*de Ville d'Avray*).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Recherche du sucre dans l'urine; principales causes d'erreur

« Savez-vous, nous écrit notre collaborateur, le Dr Poulet, quelle est la cause qui fait que le réactif de Fehling est si infidèle, cause qui explique l'erreur d'un pharmacien dont parle M. P. Gerne dans un de ses derniers articles?

« Elle est bien simple, j'ai remarqué que quand le réactif est préparé depuis longtemps, l'oxyde de cuivre est réduit, même en présence d'une urine non sucrée, ce qui fait croire qu'il y a du sucre, dans ce cas, si l'on n'est pas prévenu de la possibilité d'un semblable résultat. Il importe donc extrêmement que la liqueur de Fehling soit récemment préparée. »

La remarque de M. Poulet est très juste, mais ce n'est malheureusement pas la seule cause qui puisse induire en erreur dans la recherche du sucre dans l'urine. Aussi n'hésitons-nous pas à reproduire le passage suivant de la *Gazette des Hôpitaux* qui traite de ce sujet.

M. le professeur Hardy cède souvent sa chaire de clinique à son chef de laboratoire, M. A. Robin, pour y faire des leçons de chimie médicale; mais hâtons-nous de dire que ces leçons, essentiellement pratiques, ne sauraient être suppléées par les manuels que les élèves ont entre les mains, et complètent très heureusement l'enseignement donné au lit du malade.

Pour la recherche du sucre dans l'urine en cas de diabète supposé, par exemple, M. Robin a longuement insisté, en montrant comment on les évite, sur certaines causes d'erreur qui peuvent amener le médecin à un diagnostic faux, et qui sont passées sous silence, ou imparfaitement signalées, dans les traités les plus récents, ceux de MM. Yvon et Méhu. Ces deux auteurs recommandent pourtant comme réactif la liqueur cupro-potassique dite de Fehling, à laquelle se rattachent les plus nombreuses de ces causes d'erreur.

Il suffit notamment que l'on ait absorbé d'une façon quelconque, soit par l'appareil digestif, soit par les voies respiratoires, des produits térébenthinés, pour qu'il puisse y avoir dans l'urine une substance ternaire, dont la composition est encore assez mal connue, que quelques auteurs ont rapprochée de l'acide formique, mais qui, différant en cela de l'acide formique, réduit, comme le sucre, la liqueur de Fehling (et même le sous-nitrate de bismuth chauffé avec de la potasse caustique). On savait, du reste, déjà que, chez ceux qui ont pris du chloral ou du chloroforme, l'urine peut réduire la liqueur de Fehling sans contenir un atome de sucre.

Mais il est une cause d'erreur bien plus dangereuse pour le praticien, car elle n'est pas le résultat de circonstances accidentelles, contre lesquelles il puisse être en garde : c'est celles qui tendrait à faire soupçonner la présence du sucre dans les urines très chargées d'urates et d'acide urique, telles que les urines des goutteux. Avec ce genre d'urines, en effet, la liqueur de Fehling verdit, jaunit, se trouble et peut donner naissance à un précipité, parfois très abondant, et qui, surtout, si l'on maintient longtemps le liquide en ébullition, peut finir, en se déposant, par prendre un aspect tout à fait semblable à celui de l'oxyde de cuivre réduit par le sucre diabétique.

Les symptômes généraux peuvent aussi prêter à cette même méprise.

Ceux qui sont atteints de goutte héréditaire se plaignent parfois d'un accablement, qui ressemble singulièrement à l'affaiblissement des diabétiques. Il n'est pas rare de rencontrer chez eux de la polydipsie, et même, au moins momentanément, de la polyurie. Il est vrai que cette polyurie alterne quelquefois avec des sueurs profuses, mais les sueurs profuses se rencontrent dans certaines formes du diabète. Nous en observons, en ce moment même, un très bel exemple, chez une dame, dont l'urine renferme une quantité colossale de sucre.

Si le médecin se laisse impressionner par les craintes de son malade, il pourra donc soupçonner un commencement de diabète chez un goutteux héréditaire qui, connaissant des diabétiques, se sentant faible, urinant souvent, ayant toujours soif, lui apportera son urine à examiner.

Or il faut savoir qu'un peu d'attention suffit parfaitement pour distinguer l'une de l'autre la réaction produite par le sucre et celle produite par les urates quand on porte à l'ébullition un mélange d'urine et de liqueur de Fehling. La réduction opérée par les sucres a pour résultat un précipité qui se présente dès le début sous la forme pulvérulente; que cette poudre soit d'un jaune vif ou d'un rouge vif, comme dans la plupart des diabètes vrais, qu'elle présente une teinte plus sombre et presque noire, comme chez les nouvelles accouchées dont l'urine contient du sucre de lait, elle ne ressemble aucunement au précipité floconneux blanchâtre qui commence par se produire avec une urine chargée d'urates. C'est, en effet, au début de la réaction que la distinction est le plus facile. Lorsque la liqueur de Fehling vient de se troubler sous l'action des urates, on y voit flotter des sortes de nuages, plus ou moins isolés les uns des autres, et dans l'intervalle desquels le liquide apparait limpide. A ce moment la confusion n'est pas possible pour un œil exercé. Il en serait autrement plus tard, si après une longue ébullition, on laissait reposer le liquide jusqu'à ce que l'oxyde de cuivre, complètement réduit, se fût déposé au fond du tube.

Avec la potasse caustique, les causes d'erreur sont bien moins nombreuses. M. Robin en a pourtant signalé une dont les manuels ne parlaient pas. Quand une urine contient du sang, la matière colorante du sang peut, chauffée avec la potasse, brunir au point de sembler presque noire; mais c'est alors un brun rougeâtre ou violacé, et ce n'est jamais la même teinte que donne le sucre diabétique.

Comme il faut toujours avoir soin de coaguler l'albumine et de filtrer l'urine qui en contient avant d'y rechercher le sucre, nous ne parlerons pas des erreurs auxquelles sa présence pourrait donner lieu.

*
* *

Rougeole compliquée de diabète sucré.

Si, des fièvres éruptives, la rougeole est celle dont le pronostic semble devoir le moins éveiller les appréhensions; si, dans l'immense majorité des cas, les évènements paraissent donner raison à cette manière de voir, cependant, de bénigne qu'elle était, la rougeole, dans certains cas, peut changer subitement de caractère, et cela sans cause apparente, devenir maligne et se terminer fatalement.

Dans d'autres cas, la rougeole peut aussi hâter l'évolution d'une maladie encore à sa période d'incubation, d'une diathèse latente; la pyrexie viendrait alors, pour ainsi dire, donner un impulsion au processus morbide. Ce serait alors, en un mot, selon l'expression de M. le docteur Umé, l'auteur de l'observation que nous résumons ici, comme la diastase dans le phénomène de la germination.

Il s'agit d'une famille, dont les enfants furent tous et presque en même temps atteints d'une rougeole, contractée, selon toutes brohabilités, et pour deux d'entre eux, dans un établissement d'instruction où l'on avait constaté quelques cas de cette fièvre éruptive. Chez tous, un seul excepté, la maladie avait suivi un cours normal, chez tous également là convalescence s'était établie franchement, et en moins de trois semaines il ne restait plus guère que le souvenir de la petite épidémie. Mais, chez l'aîné de ces enfants, petite fille âgée de quatorze ans et la dernière atteinte, l'éruption avait été plus lente à se produire; de plus, elle avait été accompagnée de deux symptômes très prononcés, une soif intense, une faim vorace, qui avaient immédiatement appelé l'attention de M. Umé et lui avaient fait songer à quelque accident diabétique. L'analyse des urines confirma bientôt le diagnostic.

Or, la glycosurie de l'enfance étant presque toujours mortelle par les complications qui l'accompagnent, le danger était sérieux, l'issue à peu près certaine.

En effet, malgré le régime et le traitement qui furent institués d'après les préceptes indiqués par M. le professeur Bouchardat, l'enfant était emportée dans l'espace de trente heures par des accidents cérébraux intenses rappelant ceux de l'hydrocéphalie aiguë.

S'il nous était permis, dit l'auteur de ce travail en terminant, de tirer de ce fait des conclusions, nous dirions qu'il faut :

1° Contrairement à un préjugé encore trop souvent partagé, prendre toutes les précautions suggérées par les lois de l'hygiène, pour empêcher les contaminations dans les cas de fièvres éruptives, sous quelque apparence de bénignité qu'elles puissent se manifester.

2° Ne jamais négliger l'examen des urines, quand la marche d'une maladie paraît insolite ou irrégulière.

3° Considérer le diabète sucré chez l'enfant comme une affection des plus graves et laissant peu d'espoir de guérison. (*Archives méd. belges*).

NOTES DE THÉRAPEUTHIQUE

Sirop laxatif d'Amussat. — La *Gazette hebdomadaire* appelle l'attention sur la formule suivante qui n'a jamais été publiée et qui, cependant, a été appliquée pendant une quarantaine d'années, et avec succès, par les docteurs Amussat père et fils, contre les constipations opiniâtres et dans tous les cas où il était besoin de conserver la liberté du ventre.

Pr. Gayac râpé............	ãã 100 grammes.
Racines de chicorée......	
— de bardane......	
— de patience......	
Sommités de fumeterre......	
— de pensée sauvage.	
Follicules de séné............	500 grammes.

Concassez les substances; faites une infusion de douze heures avec : eau bouillante, 5 kilogrammes. Passez et faites une deuxième infusion avec : eau, 3 kilogrammes. Passez avec expression. Clarifiez les colatures au papier et faites, avec 3 kilogrammes de miel et 3 kilogrammes de sucre, un sirop que vous clarifierez aussi au papier et passerez quand il marquera 31 degrés au densimètre de Beaumé.

Ce sirop, d'un goût agréable, se prend à la dose de une à deux cuillerées par jour. Il peut servir à remplacer, au printemps, le suc d'herbes; de là le nom du *Sirop de suc d'herbes* qui lui a été improprement donné.

Pilules antidiarrhéiques. — M. le docteur Huchard emploie les pilules suivantes dans les diarrhées chroniques.

Extrait de ratanhia...........	ãã 2 grammes.
— de monésia...........	
Poudre de Colombo..........	
— de Dower.............	
Huile essentielle d'anis.........	2 gouttes.
Pour 40 pilules.	

En prendre 6 à 10 par jour. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

L'union des Syndicats

Les nombreuses considérations, dans lesquelles nous sommes entré précédemment, nous paraissent démontrer d'une façon irréfutable la nécessité où se trouve le corps médical d'adandonner au plus tôt les anciens errements et d'entrer résolument dans des voies nouvelles. L'union, la solidarité la plus étroite doivent exister entre tous les membres de notre grande famille. Aussi devons-nous, avec le plus grand soin, éviter tout ce qui pourrait être le plus léger prétexte à un froissement même passager et, à plus forte raison, à un dissentiment sérieux, à une division quelconque.

Nous plaçant à ce point de vue, nous avons dû, dans un précédent article, malgré toute l'autorité qui s'attache au nom de M. le docteur Diday, de Lyon, avec lequel nous avons le regret de ne pas nous trouver d'accord en cette circonstance, nous avons dû désapprouver l'attitude d'une partie du corps médical lyonnais qui refusait d'admettre comme membres du syndicat médical en voie de formation, les praticiens pourvus du diplôme d'officiers de santé. Nous n'avons pas à revenir sur les motifs qui nous ont fait condamner cette exclusion. Ils n'ont pas été réfutés, que nous sachions, du moins, et, par conséquent, ils restent aujourd'hui avec toute leur valeur.

Mais ce n'est pas tout. A côté de cet ostracisme absolument inexplicable, nous en relevons un autre qui s'affirme avec aussi peu de fondement sérieux et contre

lequel nous ne saurions trop prémunir le corps médical. La pente est glissante, en effet, et mène directement à l'anéantissement ou à la négation des principes sur lesquels doivent reposer les syndicats médicaux. Il s'est trouvé des confrères qui n'ont voulu admettre dans les syndicats que des médecins faisant déjà partie de l'Association générale. Eux seuls, à leur avis, devraient profiter des avantages incontestables qu'on peut retirer des Associations syndicales.

Lyon s'est trouvé dans ce cas; mais ce n'est pas la seule localité où ce fait se soit produit. C'est ainsi qu'à l'assemblée générale annuelle des médecins de l'arrondissement de Fontainebleau, M. le docteur Bancel, président, fit voter, le 4 décembre 1881, une proposition en vertu de laquelle la qualité de membre de l'Association générale des médecins de France était considérée comme une condition indispensable pour faire partie du syndicat dont la formation était admise en principe.

Etrange prétention, en vérité! Pourquoi chercher à créer des distinctions, des catégories en quelque sorte, quand nous avons besoin, avant tout, de concerter nos efforts et de mettre en un faisceau toutes les forces vives dont nous pouvons disposer? Les deux institutions doivent marcher côte à côte; elles doivent se prêter un mutuel appui sans jamais se confondre; mais elles ne sauraient, dans aucun cas, imposer à aucun de leurs membres d'autres obligations que celles qui leur incombent naturellement par le fait seul de leur participation et en vertu des règlements qui leur sont propres, et qui doivent être absolument distincts.

Nos honorables confrères commettent, à notre avis, une confusion excessivement regrettable entre les Associations de secours mutuels, quelles qu'elles puissent être et les Associations syndicales, œuvres essentiellement militantes, dont l'action doit s'exercer chaque jour, presque à chaque heure, tandis que les premières ne trouvent leur application qu'au moment où le praticien vaincu dans le *Struggle for the life* voit, en quelque sorte, tous les soucis qu'accompagnent la misère venir frapper à sa porte.

Aussi bien le plus grand nombre de médecins, qui ont tous particulièrement étudié ces questions, ont-ils admis que les Associations syndicales doivent être absolument distinctes de l'Association générale des médecins de France et des Associations locales agrégées à celles-ci. Elles doivent compléter l'action de l'Association en soutenant le praticien contre les luttes qu'il a chaque jour à livrer, dans la pratique de son art.

D'ailleurs en ce qui concerne les syndicats, il est certain qu'ils apporteront à l'œuvre de l'Association une force nouvelle. M. le Dr Maussire, en effet, bien placé assurément pour apprécier le fait, puisqu'il est président du syndicat médical de la Haute-Saône, M. le Dr Maussire, disons-nous, annonce que l'Association locale a vu le nombre de ses membres considérablement augmenter depuis la création du syndicat.

C'est assurément la réponse la plus catégorique qui puisse être faite aux partisans de l'Association qui redouteraient encore, de la part des syndicats, une hostilité plus ou mois latente envers l'institution objet de leurs préférences.

Du reste, nous sommes heureux de constater qu'un certain nombre de syndicats aujourd'hui constitués sont résolument entrés dans l'étude des nombreuses questions qui peuvent intéresser le corps médical; et puisque nous venons de parler du syndicat de la Haute-Saône, nous devons rappeler qu'à la séance du 6 juillet dernier, l'assemblée générale avait nommé une commission chargée d'élaborer un projet d'organisation de la médecine cantonale. Cette commission n'est pas restée inactive, et, se contentant de demander peu pour être plus certaine d'obtenir quelque chose, elle s'est bornée à réclamer une légère augmentation des chiffres accordés par les anciens règlements et à émettre le vœu que chaque indigent eût, à l'avenir, toute liberté pour faire choix d'un médecin. Il nous paraît utile de reproduire ici, à titre de documents qui pourront être avantageusement consultés par d'autres syndicats, les anciens chiffres et ceux qui sont aujourd'hui réclamés. Deux systèmes étaient mis en pratique : dans le premier, on traitait par abonnement et à raison de 0 fr. 08 par habitant ; dans le second on rétribuait le médecin à raison de 0 fr.50 par kilomètre (aller et retour) jusqu'à cinq kilomètres, les consultations étant données gratuitement. Aujourd'hui nos confrères maintenant les deux systèmes, demandent une augmentation de 0 fr.,02 par habitant dans le premier, et une augmentation de 0 fr.,25 par kilomètre dans le second, la consultation devant, être l'avenir, payée à 0 fr. 75.

Appuyés fortement par le conseil d'arrondissement de Gray, Lure et Vesoul, chaleureusement défendus au conseil général par M. le Professeur Michel, nos confrères sont sur le point de voir leurs demarches aboutir à un succès. C'est une preuve éclatante, que lorsque nous saurons vouloir, les administrations seront bien obligées de faire droit à nos trop justes revendications.

Le syndicat de la Haute-Saône étudie aussi l'intéressante question de la vaccination et celle plus grave des honoraires médico-légaux. Qu'il nous soit permis d'adresser à nos confrères de sincères félicitations pour leur zèle si louable et d'inviter, avec instance, les membres des autres syndicats à suivre leur exemple.

Dr An. BARAT-DULAURIER.,
Ex-interne des Hôpitaux de Paris.

II

SYNDICAT DES MÉDECINS DE L'ARRONDISSEMENT DE LA ROCHELLE ET DES CONTRÉES LIMITROPHES.

Nous détachons des statuts de ce syndicat le chapitre suivant :

CHAPITRE X. — Sociétés de secours mutuels.

Art. 10. — Pour les sociétés de secours mutuels, un principe doit dominer toutes les relations des médecins avec elles, savoir : la liberté de chaque malade dans le choix de son médecin, assurant comme corollaire, la dignité et l'indépendance du médecin.

La liberté du malade sera sauvegardée en appelant au service médical d'une société le plus grand nombre de médecins possible ; celle du médecin le sera, grâce à la rémunération par visite. — Substituer la rémunération par visite au système d'abonnement annuel à forfait, tel est le but prochain à atteindre. De là, à faire rentrer, par étapes successives les sociétés de secours mutuels

dans la catégorie des clients ordinaires, la route sera plus facile à franchir. Tous les engagements nouveaux à contracter avec une collectivité quelconque devront avoir pour base ce principe ; seules les situations acquises, fondées sur une longue habitude, pourront avoir le droit de s'y soustraire.

Toutefois, lorsqu'un ou plusieurs médecins seront en possession du service médical d'une collectivité quelconque, à l'exclusion de tous autres confrères, si les représentants de cette collectivité demandaient à ce qu'on leur adjoignit d'autres médecins, ils devront, après entente préalable avec les nouveaux venus, s'empresser de déférer à ce désir, loin de faire aucune tentative pour conserver leur situation exclusive.

Il est bien entendu que le Syndicat renonce à provoquer ces mesures, de son initiative privée, se réservant le droit d'en favoriser l'exécution, dans la limite de son pouvoir et de son action, toutes les fois que l'occasion lui en sera par un offerte de ses membres.

Le Réglement général a été définitivement approuvé et accepté, le vingt-deux juillet mil huit cent-quatre-vingt-deux par les DIX-SEPT médecins suivants, qui ont le titre de MEMBRES FONDATEURS :

Dr BARTHE, à la Rochelle, *Syndic.*
Dr BOURSIN, à Marans.
Dr BRARD, à La Rochelle.
Dr BRIANT, à Nieul-sur-mer.
Dr DAVID, à la Rochelle.
Dr DROUGEAU, fils à la Rochelle.
Dr DUBOIS, à Marans, *Syndic.*
Dr GUY, à Ars-en-Ré.
Dr HILLAIRAUD, à la Rochelle.
Dr LAFON, à Sainte-Soulle, *Président.*
Dr LAURENT, à Saint-Xandre, *Secrétaire-Trésorier.*
Dr MOREAU, à la Rochelle, *vice-Président.*
Dr NEVEUR, à Saint-Martin-en-Ré.
Dr OUI, à Ciré, arrondissement de Rochefort.
Dr PICHEZ, à la Rochelle.
Dr RICHARD, à la Jarrie.
Dr ROUX, à la Jarrie.

III

SYNDICAT DU LOIRET.

Nous informons nos lecteurs que le syndicat du Loiret compte, à l'heure actuelle, cinquante membres.

Statuts.

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé entre les médecins qui adhéreront aux présents statuts une Association professionnelle qui prend le titre de SYNDICAT MÉDICAL DU LOIRET.

ART. 2. — La forme légale de cette Association est la *Société civile.*

Son siège est à Orléans; sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

ART. 3. — L'Association a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles en général et en particulier celles qui peuvent se présenter dans le département du Loiret.

Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui seules peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

ART. 4. — Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Association est rigoureusement interdite.

ART. 5. — Peuvent faire partie de l'Association :

1o Les médecins régulièrement diplômés qui ont leur résidence dans le département du Loiret;

2o Les médecins qui, habitant les communes limitrophes du département, se trouvent par là en relations directes avec les premiers.

ART. 6. — Pour être admis comme membres de l'Association, il suffit :

1o D'adresser au Président une adhésion écrite aux présents statuts;

2o De verser entre les mains du Trésorier une cotisation annuelle dont le montant sera fixé en Assemblée générale.

ART. 7. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres pour faits graves et portant atteinte à l'honneur professionnel. Un règlement déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

ART. 8. — Les membres de l'Association sont répartis en quatre cercles, dit *Cercles d'arrondissement.*

Chaque cercle a son autonomie propre, établit ses réglements particuliers et délibère sur les questions d'intérêt local. Son autorité n'est limitée que par les présents statuts et sa compétence ne s'arrête qu'aux questions générales qui intéressent le Syndicat tout entier.

ART. 9. — L'Association est dirigée par un bureau de trois membres et un Conseil Syndical de huit membres dont les attributions et le mode de nomination sont réglés par les articles suivants.

ART. 10. — Les membres du bureau (un Président, un Vice-Président et un Secrétaire-Trésorier), sont nommés en Assemblée générale, à la majorité absolue des votants.

Les membres absents peuvent voter par correspondance.

ART. 11. — Les fonctions de Président et de Vice-Président ne durent qu'une année. Le Vice-Président élu chaque année devient, de droit, président pour l'année suivante, mais ne peut être réélu comme membre du bureau qu'après l'intervalle d'une année.

Les fonctions de Secrétaire-Trésorier durent deux années. Le membre sortant est rééligible.

ART. 12. — Le bureau expédie les affaires courantes dans l'intervalle des réunions; mais il ne peut prendre aucune décision intéressant l'Association sans avoir obtenu l'assentiment du Conseil Syndical.

ART. 13. — Les membres du Conseil Syndical sont nommés, dans les Cercles d'arrondissement, d'après les réglements particuliers à chaque Cercle qui est représenté au Conseil par deux membres.

La durée des fonctions de membre du Conseil Syndical est de deux années.

Le renouvellement du Conseil se fait par moitié chaque année, le sort désignant ceux des membres qui devront sortir de fonctions à l'expiration de la première année.

Art. 14. — Au moins deux fois par année, le Conseil Syndical se réunit, sur la convocation du bureau, pour délibérer sur les questions qui sont à l'ordre du jour.

Les membres du bureau assistent à ces réunions au même titre que les autres membres.

Le Président du Syndicat est, de droit, président du Conseil Syndical; sa voix est prépondérante en cas de partage.

Art. 15. — Chaque année, les membres de l'Association sont convoqués en Assemblée générale pour approuver les travaux et la gestion du Conseil Syndical et statuer, après discussion, sur les questions qui figurent à l'ordre du jour.

Art. 16. — Les réunions de l'Assemblée générale se tiendront, autant que possible, alternativement au siège de chacun des Cercles d'arrondissement.

Art. 17. — Le compte-rendu de ces réunions, dressé par le Secrétaire-Trésorier sous le contrôle du bureau, est adressé à chacun des membres du Syndicat.

Les travaux de l'année y sont résumés ainsi que les procès-verbaux des réunions particulières.

Art. 18. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Art. 19. — En cas de dissolution de l'Association, l'emploi du fonds social sera déterminé par l'Assemblée générale qui prononcera la dissolution.

Art. 20. — Le membre qui, pour une cause quelconque, cesse de faire partie de l'Association n'a aucun droit sur le fonds social et ne peut exiger aucun remboursement.

Art. 21. — La dissolution de l'Association ne pourra être prononcée que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois quarts des votants.

Un comité de liquidation sera chargé de réaliser les décisions prises lors de cette dernière Assemblée.

Art. 22. — Des règlements particuliers, adoptés en Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts.

Art. 23. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été préalablement soumise au Conseil Syndical un mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée générale.

Mention de la proposition sera faite sur la lettre de convocation adressée aux Sociétaires qui, en cas d'absence, pourront voter par correspondance.

NÉCROLOGIE

Nos lecteurs ont dû apprendre, par les journaux politiques, le terrible accident qui a causé la mort de notre regretté confrère le Dr Soye, député de l'Aisne.

Nous recevons à ce sujet deux intéressantes communications : l'une de M. le Dr Gérard président du Syndicat médical de Rosoy (*Aisne*), l'autre de M. le Dr Morat (ne Brunehamel) : Voici cette dernière : nous publierons prochainement l'autre que son étendue nous empêche de donner aujourd'hui.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

J'ai la douleur de vous annoncer la mort de notre sympathique confrère, M. le Dr Soye député de l'Aisne, membre du *Concours* et président de notre syndicat.

Mercredi soir, on vient le chercher pour réduire une fracture de jambe, chez un habitant d'un village voisin d'Aubenton, il quitte sa famille réunie dans une fête intime, et part content de pouvoir accomplir un devoir. — La mort, mort épouvantable s'il en fut, le surprit dans ce rayonnement intime d'une belle âme qui ne respire que le bien. Son visage calme semblait sourire encore. La nuit était sombre, à peine pouvait-on distinguer la voie.

Le cheval qui conduisait la voiture dans laquelle se trouvait M. Soye, alla se heurter violamment contre un mur, qui bordait la route. La voiture fut renversée et brisée en quatre et notre infortuné confrère lancé contre le mur, eut la tête fracassée. Sa mort fut instantanée. Il est mort comme il a vécu, il est mort sur la brèche, en faisant le bien.

Sa mémoire sera religieusement conservée parmi nous.

Veuillez agréer etc. Dr Mora.

M. Soye était membre de notre société; il nous avait prêté un concours très actif dans la discussion de nos projets de réformes législatives et avait promis de nous appuyer vigoureusement auprès de ses collègues de la Chambre.

Nous apprenons aussi la mort, à l'âge de soixante-dix ans, de M. le Dr Brochard, bien connu pour ses estimables publications sur l'hygiène et les maladies de l'enfance.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

28 Octobre 1882 4me Année. — No 43

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Guéniot* a continué la discussion sur l'allaitement artificiel, mais comme la fin de son discours a été remise à la prochaine séance, nous attendrons son argumentation complète pour la résumer ici.

M. le professeur *Potain*, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale, donne lecture d'un mémoire sur *l'œdème rhumatismal et le pseudo-lipome sus-claviculaire*, mémoire dans lequel il déclare penser que le pseudo-lipome n'est qu'un cas spécial, et qu'une localisation particulière d'une forme chronique de l'œdème rhumatismal. Après en avoir décrit les caractères et rappelé de nombreuses observations cliniques à l'appui de sa manière de voir, il montre que cette affection n'est pas toujours circonscrite à la région sus-claviculaire et qu'elle peut se montrer partout où existe un tissu cellulaire lâche et graisseux, de même qu'elle peut se joindre à d'autres affections se rattachant à la diathèse arthritique. Dans tous les cas, cependant, le pseudo-lipome se présente avec tous ses caractères anatomiques: il s'agit, en résumé, d'un œdème du tissu cellulaire graisseux qui se produit en des régions spéciales chez des sujets arthritiques. M. Potain établit ensuite que, dans le cours du rhumatisme chronique, comme dans celui du rhumatisme aigu ou subaigu, il peut se produire une sorte de d'œdème analogue à celui qui a été appelé essentiel. Cet œdème se rencontre surtout dans les formes mobiles et vagues du rhumatisme chronique, dans celles où les perturbations du système nerveux semblent avoir une part prédominante. Il peut atteindre des proportions assez considérables, une assez grande fixité; et, faute d'en connaître la possibilité et d'en établir le diagnostic par une élimination suffisamment attentive, il deviendrait la cause d'erreurs fâcheuses ou d'inquiétudes très sérieuses et non justifiées.

L'Académie a encore à déplorer, cette semaine, la mort de *Davaine*, une des illustrations de la science contemporaine, bien que l'Académie des sciences ait refusé tout dernièrement de lui ouvrir ses portes. L'ouvrage de Davaine sur les Entozoaires est classique; ses belles recherches d'hématologie ont permis de connaître définitivement la nature de la maladie charbonneuse et ont ouvert la voie aux travaux de M. Pasteur.

Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DU RACHITISME (*fin*)

Conséquences, causes, traitement.

IV.

Nous avons, en terminant le précédent article,

énuméré les troubles que le rachitisme apporte à l'évolution physiologique du système dentaire ; ils peuvent donc consister, soit en ce que les premières dents apparaissent tardivement, du deuxième au vingt-sixième mois pour les incisives inférieures médianes, au lieu de sortir du sixième au neuvième mois, comme à l'état normal ; — soit en ce que des intervalles d'une durée excessive séparent l'apparition des autres dents de lait ; — soit enfin en ce que les dents présentent un aspect anormal par suite d'une répartition vicieuse de leurs éléments constituants.

Venons au caractère du *rachitisme thoracique*. C'est la plus fréquente peut-être et la plus frappante des localisations de la maladie. M. Lannelongue a bien décrit son aspect (1).

La tige osseuse qui soutient le thorax, la colonne vertébrale, n'est pas toujours atteinte dans sa conformation ; lorsqu'elle l'est, on remarque une exagération de ses courbures naturelles antéro-postérieures et surtout de la courbure dorsale. Il s'y ajoute habituellement une déviation latérale de la région dorsale, la convexité étant tournée à droite ; comme cela est de règle dans tous les cas d'incurvation du rachis, quelle qu'en soit la cause, des courbures de compensation en sens inverse apparaissent dans les régions cervicale et lombaire. — Simultanément se produit une rotation de la colonne autour de son axe, de sorte que les corps vertébraux se tournent vers la convexi-latérale.

Ce mouvement de rotation du rachis entraînant l'appareil costal, il en résulte que les côtes, fortement infléchies au niveau de leur angle, sont saillantes en arrière du côté de la convexité latérale du rachis ; c'est donc à leur angle et non au rachis que correspond le sommet de la bosse postérieure. Au contraire, du côté opposé, l'angle postérieur des côtes tend à s'effacer, et le thorax est aplati. L'aspect inverse apparaît, quand on regarde le thorax en avant, une bosse antérieure étant constituée par l'incurvation brusque des arcs costaux du côté où ils sont redressés et aplatis en arrière. Ainsi le Polichinelle classique serait plutôt le type du rachitisme que du mal de Pott.

Les omoplates peuvent être épaissies, leurs angles, émoussés. On sait que le *chapelet rachitique* est constitué par une série de nodosités résultant du gonflement des extrémités antérieures des côtes ; il existe fréquemment seul à l'exclusion des autres malformations thoraciques ; il se rattache à la catégorie des nouures des membres. — Dans les cas les plus accentués, l'existence de deux gouttières verticales latérales correspondant à la partie moyenne des côtes, la saillie du sternum, aplati, raccourci, courbé en avant à l'union de ses pièces entre elles, légitime la comparaison de la poitrine rachitique avec le thorax des oiseaux et la carène des navires.

Un dernier caractère est le contraste entre la partie moyenne de la poitrine rétrécie sous l'influence de la pression atmosphérique, et la dilatation en auvent de sa base, qui s'évase en s'appuyant sur les viscères abdominaux, sur un foie volumineux et des intestins habituellement dilatés et météorisés par des troubles digestifs.

(1) Dict. de méd. et chir. 1881.

Ce dernier signe, la dilatation de la base du thorax coïncidant avec un gros ventre, est un des traits atténués, mais fréquents du rachitisme précoce.

La saillie du ventre ne s'explique pas seulement par le météorisme habituel des intestins, mais aussi par le refoulement des viscères que détermine la courbure en avant de la colonne lombaire.

Le *bassin rachitique* n'est pas moins important à connaître. Placé entre le tronc, qui pèse sur lui de tout son poids, et les membres inférieurs sur lesquels il s'appuie, le bassin est situé d'une manière exceptionnellement favorable pour subir les plus grandes déformations, sans compter que dans la position assise, ou dans le décubitus horizontal, il supporte infailliblement des pressions, également très propres à altérer ses formes normales. Il subit enfin le contre-coup de l'arrêt de développement des os qui suit le rachitisme. D'après le professeur Depaul (1), voici les traits généraux, en quelque sorte spécifiques, qui permettent de reconnaître le bassin vicié par le rachitisme. Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal est toujours raccourci ; les diamètres obliques ont ordinairement aussi diminué, mais non d'une manière constante ; le diamètre transverse est le moins diminué de tous ; les diamètres du détroit inférieur restent le plus souvent normaux. — Les crêtes iliaques sont plus rapprochées l'une de l'autre que les épines iliaques antéro-supérieures.

La hauteur totale du bassin est diminuée. La concavité du sacrum est amoindrie toujours, a parfois complètement disparu ou même est remplacée par une convexité. Les branches de l'arcade pubienne sont notablement plus écartées que dans un bassin régulier. L'abaissement de l'angle sacro-vertébral diminue proportionnellement l'inclinaison du bassin en avant. Enfin son poids est moindre.

M. G. Léopold (de *Leipsig*) a publié, en 1880, deux mémoires très étudiés sur les divers genres de bassins rachitiques (2). Cet auteur distingue les bassins *scolio-rachitiques* et les *cyphoscoliotiques*. — Dans les premiers, le détroit supérieur peut avoir une forme symétrique lorsque le poids du corps porte également sur les membres inférieurs ; et le bassin offre alors souvent, par suite de la saillie faite en dedans au niveau de l'angle sacro-vertébral et du fond des cavités cotyloïdes, l'aspect d'un tricorne ou d'un Y. Le bassin prend au contraire une forme asymétrique, si le poids du corps porte surtout sur un côté ; l'aplatissement du bassin existe du même côté que la déviation de la colonne lombaire. Au détroit inférieur, une modification inverse est observée, le bassin étant agrandi du côté de la

(1) Dictionnaire encyclopédique.
(2) Analyse dans le *Progrès médical* par Budin.

scoliose lombaire et rétréci du côté opposé. — Dans le cas où le bassin rachitique est à la fois scoliotique et cyphotique, on observe comme dans la cyphose ordinaire la forme en entonnoir. J'espère que ces détails présenteront quelque intérêt pour ceux de nos lecteurs qui s'occupent plus particulièrement d'accouchements.

V.

Les conséquences du rachitisme sont faciles à déduire des déformations qu'il laisse après lui et sont naturellement proportionnelles à l'importance de celles-ci. Leur gravité pourtant dérive surtout de la région sur laquelle le rachitisme a laissé ses marques.

Ainsi le rachitisme du crâne n'a généralement pas d'influence nuisible sur le développement du cerveau, puisque cet organe est au contraire plus à l'aise dans une cavité agrandie. Hormis donc les cas où il existe un certain degré d'hydrocéphalie, les rachitiques sont d'une intelligence au moins égale à la moyenne ; il n'est pas rare même de voir chez ces êtres chétifs et difformes des qualités intellectuelles assez brillantes pour justifier le dicton relatif à l'esprit des bossus.

J'ai déjà dit que le rachitisme des maxillaires était une cause de perturbation profonde dans l'évolution du système dentaire.

Les déformations thoraciques, lorsqu'elles atteignent une certaine gravité, sont certainement de mauvais augure pour l'avenir du sujet; car elles ont un retentissement inévitable sur le fonctionnement de l'appareil cardio-pulmonaire. Les poumons, aplatis latéralement, n'atteignent point le volume normal; ils sont inégaux comme toutes les parties de l'arbre aérien, comme les deux branches de l'artère pulmonaire.

Le cœur est, soit rapproché de la base du cou, soit dévié à droite du plan médian du corps; il est généralement plus étroitement appliqué contre la paroi thoracique antérieure que chez les enfants sains. Aussi, chez certains sujets entachés d'un rachitisme thoracique, même peu accentué, les battements, devenus très visibles et le soulèvement plus énergique de la région précordiale, peuvent-ils faire croire à une hypertrophie cardiaque qui n'existe réellement pas. Il est vrai que, dans beaucoup de cas, le cœur réellement gêné dans sa locomotion s'hypertrophie véritablement.

L'emphysème est fréquent chez les rachitiques; ils sont dyspnéiques et essoufflés au moindre effort. Aussi les affections broncho-pulmonaires sont-elles pour eux d'une gravité toute spéciale. La gêne de la circulation pulmonaire finit par retentir sur le cœur droit qui se laisse dilater, et une coqueluche pourra être, chez certains rachitiques le point de départ d'une asystolie mortelle.

Détail important au point de vue des phénomènes stéthoscopiques, la percussion, pratiquée au niveau du sommet de la gibbosité, donne un son mat, et le murmure vésiculaire est diminué, parce que le poumon est resserré dans la gouttière vertébrale rétrécie. Le côté opposé à la gibbosité est au contraire sonore, et la respiration, très active, y prend le caractère puéril par suppléance.

Le rachitisme du bassin est une des causes les plus importantes de dystocie, aussi ai-je insisté plus haut sur ce point de la question. Les indications relatives à l'intervention obstétricale par le forceps, la version, l'embryotomie ou même l'opération césarienne dans certains cas exceptionnels, s'éloignent trop de mon sujet.

Enfin le rachitisme des membres est nuisible plus souvent au point de vue de l'esthétique qu'à celui de l'accomplissement des mouvements; cependant la laxité des ligaments périarticulaires du bassin ou des membres a pu, dans quelques cas graves, rendre la démarche très mal assurée, et l'exagération de la saillie des genoux en dedans, résultant d'une extrême incurvation des tibias et des fémurs, constitue le *genu valgum*, c'est-à-dire, une affection qui ne peut être guérie qu'au prix d'opérations laborieuses.

Terminons cette revue des conséquences du rachitisme en rappelant que, par suite de la fragilité des os, des fractures multiples peuvent se produire d'une façon presque spontanée, sous l'influence d'une violence même légère ou d'une simple contraction musculaire. On peut ainsi trouver plusieurs fractures sur le même os, et, la consolidation manquant parfois, il se développe des pseudarthroses capables d'entraver l'exercice de tel ou tel mouvement.

VI.

L'étude des causes du rachitisme a particulièrement préoccupé les auteurs les plus récents, elles soulèvent en effet des questions du plus haut intérêt. Car c'est, en définitive, par la découverte des causes qui l'engendrent qu'on peut seulement espérer prévenir et guérir une maladie générale et chronique.

Mais, avant d'entamer l'examen des diverses opinions en présence, ne convient-il pas de préciser ce qu'il faut entendre par les causes du rachitisme? — « Nous ne connaissons point, dit M. Lannelongue, la cause immédiate qui agit sur l'organisme pour produire les lésions du rachitisme; nous ignorons la nature intime du trouble pathologique. L'étiologie se borne donc ici à l'étude des conditions favorables à l'évolution de la maladie. »

Envisagé ainsi, l'examen des causes, qui ne sont que *prédisposantes*, comprend les questions d'âge, d'hérédité, de milieu.

L'*âge* du rachitisme, on le sait, est l'époque de la première dentition, non pas, comme le pensait J.-L. Petit, que celle-ci puisse être accusée d'engendrer la dystrophie osseuse; il est plus vraisemblable que l'affaiblissement progressif de la nutrition générale, résultant d'une alimentation vicieuse depuis la naissance, se fait sentir seulement à ce moment : on admet généralement au-

jourd'hui qu'il existe un rachitisme congénital et un rachitisme tardif n'apparaissant qu'à la fin de la croissance, bien qu'il faille révoquer en doute un certain nombre d'observations où la confusion a été faite entre le rachitisme et l'ostéomalacie. Mais, en définitive, c'est de six mois à trois ans surtout qu'il faut guetter l'apparition des accidents.

Quant à *l'hérédité*, les opinions des auteurs sont assez variables. Trousseau pensait que les enfants nés de parents rachitiques « ont plus de chances que d'autres de le devenir, parce que la maladie se développera plus facilement chez eux sous l'influence de causes occasionnelles. »

Dugès est de cet avis. Natalis Guillot rejette au contraire d'une façon absolue l'influence héréditaire.

Même divergence chez les pahologistes au sujet des relations à établir entre le rachitisme et la scrofule ou la tuberculose. Ainsi Rufz, J. Guérin et Trousseau ont admis non seulement la rareté de la coïncidence entre ces affections, mais ont voulu établir un véritable antagonisme. Broca, par contre, dit avoir trouvé chez tous les enfants morts de maladies chroniques les lésions du rachitisme latent.

C'est ici le lieu d'examiner une opinion déjà mise en avant par Boërhaave, Van Swieten, Portal et Boyer, et défendue de nos jours avec une grande ardeur par le professeur Parrot (1); elle consiste à admettre « que le rachitisme est toujours une *manifestation de la syphilis héréditaire* dont il constitue la dernière étape, manifestation qui peut d'ailleurs être isolée de tout autre accident de la syphilis secondaire ou tertiaire. »

M. le professeur Bouchard émet contre cette manière de voir, un peu trop absolue peut-être, bien que séduisante, certaines critiques fondées : « Si je considère, dit-il, que la syphilis est extrêmement fréquente chez les citadins aisés, tandis que le rachitisme est relativement rare chez leurs enfants, et qu'il est même rare chez ceux de leurs enfants qui présentent des signes notoires de syphilis héréditaire ; si je considère, d'autre part, que le rachitisme est extrêmement fréquent chez les enfants des pauvres et plus particulièrement dans certaines régions dont la population est peu maltraitée par la syphilis, je serai tenté de conclure qu'il faut au moins à la syphilis une autre condition adjuvante, et que cette cause surajoutée doit être cherchée dans une ALIMENTATION VICIEUSE. » (2).

C'est en effet dans cette dernière condition qu'il faut, sans nul doute, chercher la cause vraie du rachitisme. Les pays froids ou humides, les habitations insalubres, l'absence d'air et de lumière, les vices d'hygiène habituels aux classes pauvres et aux quartiers populeux, tout cela ne constitue qu'une réunion de conditions favorables. C'est par un certain genre d'alimentation, c'est par la dyspepsie gastro-intestinale qui en résulte, que se trouve engendré un trouble nutritif général, et une ostéogénie imparfaite trahit le défaut de chaux et d'acide phosphorique dans les tissus d'ossification.

L'alimentation vicieuse peut être aussi bien un *sevrage prématuré* (J.-L. Petit) qu'un *sevrage trop tardif* (Zeviani). Dans le premier cas, on substitue au lait maternel une nourriture grossière que les organes digestifs trop débiles ne peuvent pas élaborer ; la dyspepsie qui en résulte ajoute un élément de plus à cette inanition relative. Ce qui nourrit, ce n'est pas ce qu'on ingère, mais ce qu'on assimile, il ne faut pas l'oublier. Dans le second cas, le lait maternel n'augmentant pas en richesse et en qualité au fur et à mesure que les besoins de l'enfant s'accroissent, l'inanition, la banqueroute nutritive ne tarde pas à apparaître, puisque les recettes ont cessé d'être égales aux dépenses.

Bien que Chossat, en privant les animaux de tout aliment contenant des sels calcaires, et que J. Guérin, en nourrissant uniquement de viande de jeunes chiens sevrés dès leur naissance, ne soient pas arrivés à produire une maladie expérimentale identique au rachitisme, il paraît certain que l'insuffisance de la chaux et des phosphates alimentaires est, en partie, cause du rachitisme.

Distinguons toutefois les phosphates ingérés des phosphates assimilés. Or, les recherches chimiques ont démontré que certaines conditions diminuent la solubilité du phosphate de chaux, activent sa précipitation, s'opposent à son absorption : ce sont l'insuffisante acidité du suc gastrique, l'excès d'alcalinité des sucs intestinaux, l'usage immodéré des sels de chaux en thérapeutique ; l'eau de chaux, le carbonate de chaux dont on fait abus si souvent contre la diarrhée des nouveau-nés, serait donc parfois plus nuisible qu'utile.

Il faut savoir que, suivant toute probabilité, à l'état physiologique, le phosphate de chaux utilisé par l'organisme n'est pas introduit en nature : la chaux pénètre d'un côté, sous forme de chlorure, de carbonate, ou alliée à un acide organique (citrate, tartrate, malate) ; l'acide phosphorique y entre à l'état de phosphate alcalin ou plutôt encore d'acide phospho-glycérique.

Or, l'acide phospho-glycérique se produit dans le duodénum, d'après Beneke, en vertu de la réaction suivante. — Nous ingérons des graisses et des phosphates. L'acide phosphorique est mis en liberté par l'acide chlorhydrique du suc gastrique. L'émulsion et le dédoublement de la graisse par le ferment pancréatique donnent lieu à une production de glycérine qui se combine à l'état naissant avec l'acide phosphorique. L'acide phospho-glycérique, ainsi formé et absorbé dans le reste de l'intestin, se combine plus tard à la chaux dans l'intimité des tissus d'ossification.

Si cette théorie est vraie, ces actes chimiques successifs supposent l'intégrité de tout l'appareil digestif. Que l'acide lactique (qui a été trouvé en excès dans l'urine des rachitiques par Marchand, Lehmann, Gorup- Bezanez) vienne à prédominer dans la composition du sue gastrique, au lieu de l'acide chlorhydrique, — qu'il n'y ait plus d'alcalinité dans l'intestin par insuffisance

(1) Progrès médical, 1880-81.
(2) Maladies par ralentissement de la nutrition, 1882.

de la sécrétion biliaire, voilà l'assimilation du phosphate de chaux entravée.

J. Tessier a démontré qu'un excès d'acide lactique dans l'économie augmentait la quantité des phosphates terreux dans les urines; cet acide empêche donc la fixation dans les cellules du phosphate de chaux même déjà formé, en le redissolvant. Pour d'autres auteurs, l'acide à incriminer serait autre : formique, acétique, carbonique, oxalique. Nous rappelons que, parmi les symptômes de la période prémonitoire du rachitisme, la plupart des observateurs ont signalé l'acidité excessive des produits excrémentitiels, sueurs, matières fécales, etc. La clinique et la chimie sont donc ici d'accord pour témoigner que le rachitisme doit être rattaché à la classe des perturbations nutritives par dyscrasie acide, et ainsi se trouve expliquée l'absence de calcification des os rachitiques.

Toutefois, comme le fait remarquer M. Bouchard, l'absenee de calcification n'est qu'un des termes de l'altération pathologique, et nous n'expliquons pas l'accroissement excessif des tissus d'ossification. Il resterait à savoir si cet accroissement dans la production des éléments histologiques est le premier stade des altérations rachitiques, ou si, peut-être, il n'est pas la conséquence du défaut de calcification, auquel cas les éléments, ne se trouvant pas emprisonnés dans leur enveloppe calcaire, pourraient librement poursuivre leur développement et leur évolution.

VII

Par déduction des considérations que nous venons d'exposer relativement aux causes et aux conséquences du rachitisme, nous formulerons ainsi les indications *prophylactiques* et *thérapeutiques*.

Surveiller avec un soin méticuleux l'état des fonctions digestives chez les enfants, suivant les règles générales de l'hygiène infantile que je n'ai pas à énumérer ici; s'opposer à la fois à un sevrage prématuré et à un sevrage tardif. — Tout en réprimant les manifestations diarrhéiques et et lieutériques, ne pas prolonger l'emploi des préparations de chaux, si l'on a cru devoir y recourir. — Ne donner que très progressivement aux enfants des aliments solides, et, surtout chez les enfants élevés au biberon, guetter, à partir de six mois, les premiers signes de rachitisme latent, un ventre élargi refoulant les fausses côtes, un léger degré de gonflement des poignets, etc...

Le rachitisme une fois confirmé, ne pas oublier que le danger principal réside dans les déformations résultant de causes extérieures. L'enfant ne doit pas non plus rester continuellement couché dans la même position, mais doit être manié avec les plus grandes précautions et protégé autant que possible contre toute pression prolongée sur un point quelconque de son corps. On gagnera ainsi, sans trop d'encombre et avec un minimum de déformations, l'époque de la consolidation des os.

Pendant ce temps, des bains salés, l'usage modéré de l'huile de foie de morue, des graisses animales, des préparations d'iodure de fer et antiscorbutiques, du vin de quinquina ou de gentiane étendu d'eau, de petites doses de sels de chaux suffiront à la thérapeutique, et pour les raisons énumérées plus haut, nous préférons le chlorhydro-phosphate au lacto-phosphate de chaux : les tâtonnements sont nécessaires à cet égard suivant l'âge et les susceptibilités du sujet; la seule règle générale vraiment utile qu'on puisse donner est d'avoir toujours comme objectif principal de *maintenir le bon état des voies digestives*.

Quant aux divers procédés chirurgicaux, la ténotomie, l'ostéotomie, l'ostéoclasie, à l'aide desquels on peut espérer remédier plus tard à certaines déformations, leur étude échappe à ma compétence. On pourra beaucoup améliorer plusieurs d'entre elles par une gymnastique méthodique combinée à l'usage des bains d'air comprimé, de l'hydrothérapie, de l'électricité sous forme de courants continus, et on ne recourra sans doute aux opérations graves qu'en dernier ressort.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE MILITAIRE.

Des évacuations sanitaires,
par M. Audet,

MÉDECIN MAJOR AU CINQUIÈME CUIRASSIERS.

Nous appelons d'une façon toute spéciale l'attention de nos lecteurs sur le travail suivant; nous réclamons leurs observations. Nous avons dit, récemment, que nous voulions prêter notre concours à nos confrères de l'Armée.

Désormais leur tâche est lourde de responsabilités. Tous les médecins sont patriotes. Ce n'est pas dans nos rangs qu'on trouverait ces tristes sots qui, de nos jours encore, raillent ce qu'ils appellent le chauvinisme.

Ils nous approuveront d'avoir accueilli avec empressement une étude qui a pour objet de préserver des souffrances et de la mort ces chauvins que nous prisons fort.

A. C.

Le service des Evacuations, dit *Legouest*, est l'écueil où échoue constamment la chirurgie militaire en campagne.

En effet, pendant la *campagne de Crimée* quels désastres, plus meurtriers que les batailles, sont nés de l'erreur administrative!

La scène s'ouvre, dans la Dobroutcha, par une invasion du choléra: une division entière est décimée; les malades s'entassent dans les hôpitaux à Varna, et c'est précisément autour de ce foyer d'infection que vient débarquer l'armée toute entière. L'épidémie redouble; le typhus vient s'a-

jouter au choléra; on demande des évacuations. En vain Michel Lévy, Baudens et tous les médecins militaires prêchent l'isolement; leur bonne volonté se brise contre l'inertie de l'administration. Ils en sont réduits à voir mourir leurs malades et à partager leur sort. Autour de Sébastopol, mêmes fautes, mêmes résultats.

En Italie, le typhus ne s'est pas développé; la campagne a été trop courte pour cela; mais les blessés sont restés ou sur les champs de bataille, ou dans les hôpitaux de première ligne. Aussi de l'indignation d'un philanthrope, témoin de ce spectacle, est née la Société de secours aux blessés, destinée à suppléer à l'insuffisance des soins.

En 1870, il est juste de dire que nos désastres ont empêché l'administration d'accomplir son œuvre; mais on doit avouer aussi que les préparatifs étaient nuls, et que, partout où on aurait pu faire quelque chose, on n'a suffi qu'à entasser des malades et des blessés dans des églises, dans des casernes, où il était impossible de parer même aux indications les plus urgentes. On peut donc dire que, même vainqueurs, on n'aurait pas mieux fait.

Depuis dix ans, sans doute, des modifications ont été introduites; des idées nouvelles venant de l'étranger ont surgi. Mais depuis dix ans, l'Intendance lutte pour garder sa prépondérance. Aussi qu'a-t-on prévu? Rien. Cependant quelques voitures ont été construites; la loi d'administration est votée; le service de santé possède enfin la *responsabilité* et la *direction*. Quels instruments déjà préparés lui met-on entre les mains? Rien de fait, rien de prévu; et si la guerre éclatait demain, on crierait bien haut que les médecins militaires ne font pas mieux que les Intendants. Du reste répéterait-on, *ils ne sont que des hommes de science et non des administrateurs*!

Si prévoir c'est administrer, nous pourrons certainement le faire, étant donné que nous savons, ou croyons savoir, ce qui convient aux malades. En tout cas, je vais essayer, sans aucune prétention administrative, de dire quelques mots sur les Evacuations sanitaires, et de démontrer que, si l'Intendance a toujours été inférieure à sa tâche en voulant faire de la centralisation hospitalière au nom de la *comptabilité matière*, le service de santé peut faire œuvre utile en faisant de la décentralisation hospitalière au nom de *l'hygiène*.

Pour les médecins, il est inutile de montrer pourquoi l'accumulation des malades est un vice capital. Je ne ferais que répéter ce que l'on redit chaque jour à l'Académie de Médecine sur les hôpitaux de Paris, qui sont d'immenses foyers infectieux. C'est contre cet état mauvais que tous les chirurgiens s'efforcent de lutter et par les pansements et par les antiseptiques; car c'est l'atmosphère des salles qui rend illusoires les opérations les mieux conçues et les mieux exécutées. Tel est l'état normal des grands hôpitaux que chaque médecin connaît. Mais nous devons parler pour le public, car en toutes choses et surtout pour ce qui concerne l'armée, c'est-à-dire tous les Français, il faut avoir raison devant ce tout le monde, qui, quoique n'étant ni médecin, ni administrateur, comprend tout aussi bien les bonnes raisons.

Voici donc ce qui se passe en temps de guerre.

Au début d'une campagne, les hommes peu entraînés, sont éprouvés par des fatigues de toute nature: de là naissent des maladies internes, bronchites, pneumonies, diarrhées, etc., et les évacuations sur les hôpitaux commencent. Si une épidémie de variole, de choléra, de fièvre typhoïde, de typhus, éclate, voilà les médecins encombrés de malades qu'il faut évacuer et soigner. Si, au nom de la centralisation on met tous les malades ensemble, il va arriver que les varioleux infecteront les autres, et qu'un pneumonique qui aurait guéri, pourra mourir de la fièvre typhoïde. Ce sera bien autre chose si on laisse ces contagieux à proximité de l'armée; alors se renouvelleront les désastres de Varna et c'est trop, déjà, que le souvenir de ce fait existe dans notre histoire militaire. Après les premiers combats, les blessés vont s'ajouter aux malades: or, s'ils restent à côté des contagieux, ils sont exposés, après la guérison de leurs blessures, à mourir de la variole, ou de la fièvre typhoïde. Si encore pour ces hommes qui ont bravement fait leur devoir, et que la mort a épargnés, c'était le seul danger: mais non. Entassés dans des locaux restreints, ils ont spécialement à redouter la maladie d'infection des plaies par les plaies, l'infection purulente; et ce danger est si grand, que Legouest, et tous les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie d'armée, disent et redisent que la principale cause de la mortalité enregistrée par les chirurgiens militaires est l'infection purulente qui sévit dans les hôpitaux comme une épidémie.

Et que peut faire le chirurgien en face de ce danger? il n'ose plus faire une incision à moins de besoin urgent, et, privé de tout moyen d'action, il regarde ses blessés mourir, car la doctrine de Sédillot, qui tend à dire que la plupart des pyohémies guérissent, est loin d'être démontré. Voilà ce que le chirurgien peut le plus souvent, à moins que l'ordre d'évacuer n'arrive, et, comme toujours, il arrive trop tard: le mal est déjà fait.

Je n'exagère pas.

A Strasbourg, après la bataille de Wissembourg et de Frœschwiller, (4 et 6 août) les hôpitaux de la ville ont reçu un grand nombre de blessés de toute nature sur lesquels on a fait des opérations fort graves. La plupart de ces blessés ont guéri parfaitement.

Chaque jour, à partir du 12 août, date de l'investissement de la place, les hôpitaux ont reçu de nouveaux blessés; chaque jour donc l'encombrement a augmenté et l'état sanitaire est devenu plus mauvais. Enfin, vers la fin du siège, la situation hospitalière était si effrayante, que l'opinion de chacun de nous était, qu'il valait presque autant pour un blessé, avoir perdu la tête que, d'avoir perdu la jambe.

A Metz, de l'avis unanime de tous les médecins le résultat des derniers jours du siège, a été déplorable, malgré qu'il fut possible de faire des

hôpitaux sous tentes.

A Paris, je me suis trouvé à l'hôpital barraqué de Courcelles, pendant la Commune. Un assez grand nombre de blessés du siège s'y trouvaient encore, et la situation était encore bonne. Vers la fin de la commune, l'hôpital a dû recevoir quelquos fédérés blessés, et, pendant les batailles dans Paris, nous avons reçu dans trois jours quatre cents hommes. Les salles ont été aussitôt encombrées ; les évacuations n'ont pas eu lieu ; au bout de huit jours l'infection purulente éclatait partout, emportant un grand nombre de soldats revenus d'Allemagne, fatigués par les privations, et qui mouraient à la suite de blessure légères. C'est dire dans quel état étaient les opérés graves, ce n'est que longtemps après, à la suite de nombreux rapports du médecin en chef, que quelques opérés ont été évacués sur Versailles. Encore un hôpital déjà infecté.

Il faut donc faire quelque chose; je pourrais même dire tout est à faire, et la première comme la seule indication, afin de diminuer les accidents, est l'isolement : Isolement des maladies entre elles, et isolement des malades. Il faut d'abord faire trois divisions parmi les maladies :

1° Maladies internes non contagieuses.
2° Maladies internes contagieuses.
3° Blessés.

Tel doit être le premier degré de l'isolement.

Pour les maladies *non contagieuses*, on peut faire de grands centres d'évacuation, où une administration, régulière à tous égards, pourra être établie, parce que les rapports de ces maladies entre elles sont moins actifs. Il faut de l'air, de la bonne nourriture, des locaux bien aménagés et des médecins. A la rigueur, cela peut suffire pour qu'un organisme jeune triomphe du mal.

Mais pour les *maladies contagieuses*, la première indication et de les isoler des autres maladies internes et des blessés, et, quant au rapport de ces maladies entre elles, il suffit de les classer par nature des maladies : typhoïdes, varioles, etc. Donc, pour les malades contagieux, isolement des autres malades et des villes.

Telle est la principale indication.

Il faut donc nn hôpital barraqué établi à une certaine distance des villes, mais placé de telle sorte que les relations soient faciles, au moyen d'un chemin de fer, pour les approvisionnements, et pour les évacuations.

J'arrive maintenant aux blessés qui demandent à être isolés des autres maladies et surtout isolés entre eux, à cause de l'infection qu'une plaie produit sur les autres.

J'ai dû, pour être complet, établir les besoins de tous les malades et faire une étude des évacuations en général : mais surtout dans ce travail j'ai eu en vue la situation des blessés.

Si, pour les maladies internes, j'ai demandé les grands hôpitaux, pour les blessés, au contraire, je demande la dissémination, et je veux montrer qu'en utilisant les ressources que nous offrent les *hôpitaux civils*, on peut trouver et l'air pur si nécessaire à la cicatrisation des plaies, et l'isolement, et des soins attentifs.

Mais, me dira-t-on, vous allez soustraire les blessés aux chirurgiens habiles qui auraient pu obtenir de magnifiques résultats.

Ici se pose la question de savoir s'il vaut mieux un air pur et un chirurgien peu habile ou bien un mauvais air et un habile chirurgien.

En 1755, on discutait à l'Académie royale, pour savoir s'il fallait amputer primitivement ou consécutivement. Dans tous les cas de blessures des os ou des artères, l'amputation était admise sans contestation. A cette époque celui qui aurait osé dire : « il ne faut pas amputer dans beaucoup de cas, » aurait été déclaré ignorant. Cependant, depuis ce moment, un facteur nouveau a été introduit dans la science, à mesure que l'hygiène s'est développée, et en 1848, Velpeau et Malgaigne ont pu l'un et l'autre soutenir la non-intervention. Certainement la lutte a été vive ; mais à la fin, l'idée de la conservation a été admise. Legouest quelques années plus tard, a défini les cas où il faut amputer nécessairement et les cas où on peut conserver. Ce chirurgien, cependant, admet plus tôt l'amputation à cause des nécessités de la chirurgie en campagne qui ne permet pas la conservation comme la pratique des hôpitaux sédentaires.

Enfin dans les dernières campagnes, Bilroth et Stromayer et les chirurgiens français ont pu noter pour les amputations une mortalité de 55 0[0, tandis que la conservation n'a donné qu'une mortalité de 33 0[0. Il est juste de dire qne les amputations ont toujours eu lieu pour des désordres plus graves; cependant, de ces chiffres il ressort que la conservation est possible pour beaucoup de cas, et que son succès dépend du milieu plus que du chirurgien. Donc quand on demande : « faut-il opérer ou conserver? » il faut examiner la plaie et le milieu.

Du reste, l'opération n'est qu'un instant dans le traitement, dont la majeure partie dépend du milieu qui peut tout défaire en un instant. Par conséquent, tout le progrès fait depuis le dernier siècle resulte de l'idée d'hygiène introduite dans la science et tandis qu'à ce moment l'opérateur était au premier rang, aujourd'hui cette place appartient au milieu. De lui naît l'infection purulente, et le progrès de l'hygiène a marché avec le progrès des idées sur cette maladie.

Les premières études faites par Velpeau, Cruveilher, ont démontré que l'infection était due à une absorption du pus; mais en 1845, Sédillot a prouvé expérimentalement que le pus dans le sang était toute la maladie, et il a attribué sa présence à une phlébite purulente ou à une résorption du pus de la plaie, par altération des veines. Son traitement était en rapport avec cette idée et reposait sur les cautérisations ponctuées ou linéaires. Plus tard, d'Allemagne, après les études de Virchow, est venue l'idée d'embolie à la suite de la phlébite adhésive : d'où formation d'abcès métastatiques en divers points des organes. La théorie de la phlébite purulente était donc déjà un peu entamée; mais voici qu'en ce moment on arrive

à la théorie des germes, qui infectent les plaies et facilitent la résorption veineuse. De là est née la théorie antiseptique, de là aussi les pansements d'Alphonse Guérin et de Lister, qui donnent de grands résultats, et prouvent qu'au moins cette dernière cause a une action puissante.

Que toute la question soit dans cette dernière idée, je ne le crois pas : car la phlébite purulente et la phlébite adhésive ont une part d'action dont le traitement doit tenir compte, et qu'une étude attentive doit faire reconnaître : cependant, de là, il ressort que la théorie antiseptique est au premier rang et avec elle *le milieu domine le chirurgien.*

La conservation peut donc être tentée dans beaucoup de cas, jusqu'ici désignés pour l'opération, et une opération même bien faite, est toujours sous la dépendance du milieu.

On voit que la question du chirurgien est effacée par la question de l'atmosphère, et ce qui le prouve, c'est la situation des hôpitaux de Paris, où se trouvent les sommités chirurgicales, mise en regard des hôpitaux de province qui n'ont pour eux que l'air pur. Là souvent les accidents se multiplient ; ici, au contraire, on tente avec succès les conservations les plus hardies : c'est pourquoi tous les chirurgiens de Paris demandent la décentralisation hospitalière.

Je puis donc, moi aussi, réclamer, pour les soldats blessés, la décentralisation, et demander, pour eux, aux hôpitaux de province leur air pur et les soins de leurs praticiens attentifs.

Du reste, si tant est qu'il soit nécessaire de garder sous la main des chirurgiens habiles, les malades à opérer, on peut faire aux ambulances deux catégories de blessés : 1° à opérer — 2° à conserver. Le médecin chargé des évacuations enverra les premiers dans les hôpitaux importants et les autres dans les petits hôpitaux. Mais encore ici cette question est secondaire, parce que les blessés sont opérés et pansés, autant que celà est possible, aux ambulances de première ligne ; on ne pourrait que prévoir, pour quelques uns, une intervention possible. On pourrait faire une échelle de gravité d'après le principe que, pour les blessés graves, il faut plus prévoir que pour les blessés légers.

Il faut maintenant suffire à l'installation des nombreux blessés dont une bataille encombre tout à coup les ambulances.

D'abord il existe des blessures légères qui ne demandent que peu de soins : pour ces plaies, le danger d'infection est presque nul, parceque les blessés peuvent sortir au bout de quelques jours. Par conséquent, déjà, le chiffre des blessés se réduit beaucoup : or, ce que je dis ne se rapporte qu'aux blessés gravement atteints, et leur dissémination doit-être d'autant plus grande que leur blessure est plus grave.

J'ai cherché, au Ministère de l'Intérieur, une statistique des hospices civils de France à la date actuelle, et je n'ai trouvé qu'une statistique *datée 1869*, mais constatant la *situation de 1864.* Quoique cette base soit insuffisante, je vais cependant m'en servir, parce que la situation présente sera supérieure à celle qui aura servi à la démonstration de ma thèse, et les ressources, en 1864, étaient plus que suffisantes pour parer aux évènements les plus meurtriers.

Ainsi, sans compter les hôpitaux militaires, qui peuvent être réservés comme centres hospitaliers pour les maladies internes, je trouve que le sol de la France contient en hôpitaux civils 79,155 lits...

Il faut, de ce chiffre, déduire d'abord les lits destinés aux vieillards et aux malades urgents : mais comme en temps de guerre, le premier service devient celui de l'armée, j'admets que, dans un hôpital, on ne prenne que le tiers des lits en moyenne et, qu'en cas de nécessité absolue, on puisse aller jusqu'à la moitié. Le service de santé pourra donc disposer immédiatement, au minimum, de places pour une population de 25,000 blessés, et au maximum pour une population de 40,000. Or ces chiffres sont plus que suffisants : en effet, il faut se rendre compte de la manière dont se passent les événements. A mesure que des nouveaux blessés arrivent dans les hôpitaux, les premiers en sortent ou bien réclament moins de soins et peuvent être mis dans des dépôts de convalescents ou renvoyés dans leurs foyers. Donc, ces chiffres des 25,000 ou de 40,000 sont plus que susfisants, et, en effet, ils ne répondent pas à la réalité. Car du chiffre total il faut déduire les hôpitaux trop petits et ceux qui se touvent en dehors des lignes du chemin de fer. J'ai pris le tableau de la statistique pour la démonstration ; rn réalité pour faire une œuvre pratique, il faudrait faire une statistique par département et par lignes de chemins de fer : alors, seulement, le Médecin en chef du service des Evacuations, pourrait agir suivant les besoins et expédier ses trains sanitaires de station en station avec des ordres précis et prévus.

Ainsi je prends le département de l'Aisne qui contient 2,023 lits ainsi distribués.

Laon. Hôtel Dieu	217 lits
— Hospice St-Louis et Ste-Anne.	276
Blérancourt	56
Chaunay	56
Coucy-le-Château	16
Crécy-sur-Serre	27
La Fère, Hôtel Dieu	130
— Hospice Ste Geneviève	68
Liesse	10
Marle	38
Château-Thierry. Hospice St-Jean et Hospice la Charité	196
Charly	12
La Ferté	17
Neuilly-Saint-Front	10
Saint-Quentin	290
Vendeuil	12
Soissons. Hôpital Saint-Gervais	211
— Hôpital Saint-Charles	241
Oulchy-le-Château	8
Villers-Cotterets	22
Vervins	40
Guise	61
Hirson	16

Certains hôeux comme ceux de Liesse, La

Ferté, Neuilly, Oulchy ne sont pas sur une ligne de chemin de fer : donc la somme de ces lits (101 places) doit être retranchée du total du département, ce qui le réduit à 1928. Encore même, dans certains hôpitaux, quelques places devraient être retranchées à cause d'une disposition vicieuse des locaux. Cette étude est donc tout entière à faire ; chaque hôpital doit être examiné attentivement sous tous les rapports, et ce n'est qu'après entente préalable que le chiffre des places disponibles en cas de guerre, pourra être prévu. Mais alors le service de santé pourra suffire aux exigences les plus grandes.

Pour plus de clarté, je vais faire une supposition: une bataille a lieu en avant de Châlons, autour de Nancy; notre armée est ou reste maitresse de la ligne du chemin de fer Nancy-Paris. Il y a eu 15,000 blessés, chiffre énorme puisqu'il suppose 5000 morts en plus, et ce fait ne peut guère se produire qu'à la condition de rester maître du champ de bataille et des blessés de l'ennemi. Mais je vais, de parti pris aux cas extrêmes, pour montrer que, même dans les batailles les plus meurtriéres, le service des évacuations, ainsi entendu, peut suffire largement.

D'abord du chiffre des blessés, il faut déduire 3.000 hommes qui n'ont besoin que de quelques soins et qu'un repos de quelques jours met en état de rejoindre. Environ 8.000 peuvent se mouvoir, blessés au bras, au corps, de coups de feu sans gravité extrême et immédiate. On peut expédier ces hommes, une fois pansés, au moyen de trains ordinaires, a l'autre bout de la France. Il suffit que le train soit prêt et qu'un ordre précis indique la destination.

Il reste donc 4.000 blessés graves, installés provisoirement dans les maisons, dans les églises, qu'il faut operer, surveiller, classer et évacuer au moyen de trains sanitaires spéciaux. Pour ces hommes, il faut non seulement un gite préparé d'avance et des soins entendus, mais encore il faut une évacuation rapide, car l'armée, continuant ses opérations, ne doit pas être gênée par ses blessés et pourra demain avoir besoin de ses médecins pour une nouvelle bataille.

Il faut donc que les opérations soient rapidement faites, les malades pansés au moyen d'un pansement qui ne demande pas à être renouvelé de quelques jours et qui permette un transport facile. Sous ce rapport le pansement au coton d'Alphonse Guérin réunit toutes les conditions.

Une fois ce travail accompli, l'ambulance doit se dédoubler ; un ou deux médecins avec des infirmiers restent avec les blessés, les autres partent avec l'armée; un médecin en chef des Evacuations organise le classement et le départ des malades. Chaque train sanitaire (1 par corps d'armée par exemple) arrive avec son personnel, emporte les blessés et les médecins des ambulances, une fois libres, vont rejoindre leurs ambulances respectives. Au plus tard une semaine après la bataille tous les blessés sont disséminés dans des hôpitaux où ils n'ont rien à craindre de l'infection.

Evidemment là le *service territorial médical* aura beaucoup à faire pour suivre les malades, les faire rejoindre, les renvoyer dans leurs foyers, etc... même pour intervenir au besoin et prêter aux médecins civils des petits hôpitaux le secours de son expérience. Mais ce sera l'œuvre de chaque médecin en chef de corps d'armée, en arrière de la ligne d'opération, qui aura encore pour mission importante de toujours dégager les hôpitaux au fur et à mesure que les blessés seront en convalescence et de rendre compte, tous les huit jours, au médecin en chef des évacuations du nombre des places disponibles de l'arrondissement.

Donc, en arrière de Nancy, nous trouvons comme ligne d'évacuation la grande ligne de Paris : *mais ce n'est jamais sur les derrières de l'armée* que doivent se diriger les trains sanitaires. La grande ligne de retraite doit être la *ligne de ravitaillement* et les hôpitaux doivent y être toujours libres au cas où les opérations auraient lieu autour.

On devra donc diriger les évacuations, pour le cas particulier d'une bataille, autour de Nancy, ou bien vers le Nord ou vers le Sud. Or, en avant de Commercy et en arrière du fort de Toul, sur la grande artère de Paris à Nancy, s'embranchent deux lignes, l'une qui va vers Mezières par Verdun en arrière des forts, et l'autre vers Chaumont par Neuchâteau. C'est donc par ces deux voies que passeront les évacuations et elles pourront disséminer leurs malades sur tout leur parcours.

Ainsi, sur la ligne du Sud qui va sur Chaumont et de là continue sur Tonnerre et Dijon, ou bien se bifurque vers Bar-sur-Aube, vers Vesoul et vers Châtillon-sur-Seine et le Centre, on trouve les hôpitaux suivants :

(Il faut laisser de côté les Vosges et la Côte-d'Or dont les hôpitaux peuvent être utiles pour une armée opérant vers Belfort. Je ne prendrai donc que les hôpitaux de la Côte-d'Or situés sur la ligne directe, et j'irai de suite vers la Haute-Marne, l'Yonne, la Nièvre, le Loiret et le Cher).

HAUTE-MARNE.

Neufchâteau	50 lits.
Chaumont	74
Langres	214
Bourbonne	100
Joinville	69
Saint-Dizier	88
Total	595

CÔTE-D'OR.

Châtillon-sur-Seine	107
Alyze-Sainte-Reine	112
Montbard	19
Semur	68
Nuits	47
Total	353

YONNE.

Tonnerre	64

Joigny	108
Saint-Julien	8
Villeneuve	24
Sens	217
Auxerre	250
Cravant	7
Avallon	93
Total	771

NIÈVRE.

Clamecy	18
Nevers	391
Varzy	21
Decize	10
Luzy	7
Come	24
Total	471

CHER.

Bourges	487
Saint-Amand	48
Vierzon	33
Total	568

LOIRET.

Orléans	1641
Beaugency	75
Jargeau	24
Meuny	40
Gien	50
Montargis	118
Pithiviers	54
Total	2,002

Le total de ces départements forme donc 4,705 lits dont 2,000 au moins peuvent être occupés dans de bonnes conditions.

Pour la région du Nord où la population ouvrière est considérable, les hôpitaux sont bien plus nombreux; je n'en donnerai que la somme, par département, parceque là tous les hôpitaux à peu près sont desservis par une ligne ferrée.

Nous avons donc :

Meuse	318 lits.
Ardennes	862
Nord	6,895
Aisne	1,922
Total	9,997

Nous trouvons de ce côté 9,997 lits dont 4,000 au moins peuvent être immédiatement occupés.

On voit que pour faire une évacuation de 4,000 blessés graves, nous pouvons disposer, autour du champ de bataille, sans gêner le service purement militaire, et à moins de vingt-quatre heures en chemin de fer, de 6,000 lits au moins.

Le médecin en chef des évacuations pourra donc, s'il est fait une étude exacte des ressources de tous les hôpitaux civils, ressources maintenant supérieures à celles qui existaient en 1864, il pourra, dis-je, disséminer ses malades dans tous les hôpitaux, choisir des places pour les officiers, envoyer dans les hôpitaux les plus petits et les plus sains, les opérés graves qui ne demandent qu'une surveillance attentive et un air pur, et mettre sous la main des chirurgiens des villes les blessés pour lesquels une intervention pourrait être nécessaire. Enfin, désormais, c'est le médecin des évacuations qui aura, si l'étude préliminaire est exactement faite, et si les chefs d'ambulance lui donnent des états précis, la plus large part dans les services du corps de santé : il sera l'organisateur de l'hygiène chirurgicale.

Je me résume :

Pour faire des évacuations exactes et utiles, il faut séparer d'abord les maladies contagieuses de celles qui ne le sont pas ; ensuite séparer les blessés de tous ces malades qui encombrent un hôpital et y font naître l'infection ; et enfin séparer les blessés entre eux afin d'éviter l'infection des plaies par les plaies.

Il faut disposer les grands hôpitaux militaires qui existent ou qui existeront dans chaque corps d'armée comme centres d'évacuation des maladies internes, et autour de ces centres établis des hôpitaux barraqués ou du système Tollet, afin d'installer les maladies contagieuses.

Enfin il faut faire le recensement des hôpitaux civils, pour établir un tableau exact des ressources dont pourra disposer le service de santé en temps de guerre ; c'est dans ces hôpitaux que seront disséminés tous les blessés, parce que là ils y trouveront des soins empressés, un air pur et non pas la triste mort, dans une atmosphère empestée contre laquelle se bute en vain la meilleure chirurgie.

On aura alors rendu service au pays parce qu'on aura fait de la décentralisation hospitalière au nom de l'hygiène.

Senlis, le 10 octobre 1882. AUDET.

Nous dirons, avec l'auteur, que cette décentralisation hygiénique qui doit couper court à toutes les vieilles routines et erreurs administratives, causes forcées de l'encombrement et de l'infection, ne peut nuire en rien à l'unité de la direction sanitaire et à la bonne organisation du service central bien entendu d'où émane toute initiative. Sans que la discipline en puisse souffrir, les soldats et l'armée nationale trouveront, aux jours du danger, une preuve éclatante de la sollicitude dont on les entoure, et tout le bien accompli rehaussera l'estime dont jouit en France le médecin militaire, auquel le pays a eu raison de confier exclusivement le soin de veiller sur ses enfants blessés en servant la patrie.

Pour la Rédaction : Dr MASSALOUP.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS.

Septicémie puerpérale traitée et guérie par les injections hypodermiques d'acide phénique.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, entrée à l'*Hôpital Bellevue*, de *New-York*, la veille de son accouchement. Bassin rétréci, procidence du cordon, mort du fœtus dans l'utérus; délivrance à l'aide du céphalotribe. ....

Le lendemain, frissons violents, accompagnés de vomissements; température 39° 5; hémorrhagie abondante et presque continue depuis l'extraction du placenta. Bientôt les lochies devinrent fétides, la température et le pouls continuérent à s'élever; bref tous les symptômes de la septicémie. Traitement: sulfate de quinine 80 centigrammes deux fois dar jour; potion alcoolisée toutes les trois heures: douche vaginale toutes les trois heures; bismuth et morphine suivant les besoins. L'utérus fut soigneusement nettoyé avec des tampons de coton boraté; puis, douche intra-utérine. Ce traitement parut d'abord amener une amélioration assez grande. Mais, huit jours aprés l'accouchement, la température était remontée à 40°, et l'état de la malade devenait de plus en plus inquiétant, malgré tous les soins et tous les moyens appliqués en pareille circonstance. C'est alors que le Dr Alexander, le médecin en chef, conseilla de recourir aux injections hypodermiques d'acide phénique. Huit heures après la première injection, la température tomba de 40° à 38° et s'y maintint, sauf un jour qu'on avait oublié de faire les injections comme de coutume. Ces injections étaient pratiquées toutes les quatre heures avec une solution de deux-et-demi pour cent d'acide phénique, chauffée à une température de 33° environ. Comme mesure de précaution, on examinait les urines deux fois par jour, au point de vue des sulfates; car on sait que la disparition des sulfates est un des premiers signes de l'empoisonnement par l'acide phénique. En même temps que les injections, furent continués les soins hygiéniques et médicamenteux qui avaient été institués dès le début. Bientôt l'état de la malade fut considérablement amélioré; la langue était propre, l'appétit bon et le sommeil excellent. Les piqûres des injections n'avaient donné lieu a aucuns phlegmons, ni à la moindre ulcération elles avaient ete faites immédiatement dans la peau et à une très petite profondeur. Bref, trois semaines après son accouchement, la malade était hors de danger; et au bout d'un mois, elle pouvait se lever tous les jours pour plusieurs heures.

L'action de l'acide phénique en injections paraît bien décisive dans l'histoire de cette malade; car chaque fois qu'on oubliait ou négligeait de faire les injections, le pouls s'élevait et la chaleur augmentait, jusqu'au moment où le traitement suivi sans interruption pendant plusieurs jours, amena la guérison définitive. L'auteur pense qu'il serait bon de généraliser l'emploi de ce moyen.

(*New-York, med. journal and obstetrical review, Août 1882).*

*
* *

Nature parasitique de la tuberculose, ses conséquences. — Sous ce titre, le Dr Vogel *de Boston*, a publié un travail intéressant qui résume les recherches et les découvertes du Dr Koch. On sait que, d'après le médecin allemand, la tuberculose dépend de la présence, dans le corps, d'un grand nombre de bactéries *en bâtonnets*, qu'on trouve également dans tous les cas de phthisie, de tuberculose miliaire aiguë, de pneumonie caséeuse, de bronchite caséeuse, d'arthrite fongueuse, ainsi que dans la pleuropneumonie des animaux de l'espéce bovine, et souvent aussi dans les affections scrofuleuses, spécialement dans les engorgements lymphatiques. Ces minces bâtonnets, terminés en pointe à leurs deux extrémités, offrent une longueur qui varie entre le quart et la moitié du diamètre d'un globule rouge du sang; leur épaisseur est environ cinq fois moindre, et ils présentent souvent quatre ou cinq spores ovales réparties également sur toute leur longueur. Heureusement pour l'espèce humaine, les conditions requises pour leur développement et leur multiplication sont nombreuses, et se rencontrent difficilement. Les canaux et les ganglions lymphatiques paraissent être leur voie de propagation la plus sûre. Il serait très facile à l'aide de ces données nouvelles, d'expliquer l'anatomie et la pathologie du tubercule; mais nous préférons renvoyer le lecteur aux travaux du Dr Koch, où il trouvera de plus amples détails (1). Bornons-nous aujourd'hui à citer quelques-unes des conclusions que le Dr Vogel croit pouvoir tirer de ce sujet dès aujourd'hui.

1° Tous les crachats des phthisiques, qui contiennent des quantités considérables de ces bactéries, doivent être désinfectés immédiatement; de même leurs habits et linges, surtout s'ils doivent servir à d'autres personnes. — Il a été prouvé que les crachats, même desséchés, conservent pendant des semaines et des mois leur pouvoir infectant.

2° Les mères phthisiques ne doivent pas nourrir leurs enfants.

3° Les glandes scrofuleuses infiltrées doivent être excisées.

4° La viande et le lait d'animaux atteints de pleuropneumonie doivent être rigoureusement interdits.

5° Les antiseptiques doivent intervenir activement et constamment dans tout traitement rationnel de la phithsie. Les inhalations d'acide *phénique* ou *carbolique*, — (et non *carbonique*, comme nous l'a fait dire dernièrement une coquille d'imprimerie) (2), — le traitement local des ulcères tuberculeux, de l'arthrite fongueuse, etc., avec l'iodoforme, ont déjà donné d'excellents résultats; l'iodoforme est préférable aux autres désinfectants dans les cas où le siège de l'ulcération est à découvert, ou en d'autres termes quand on est certain que la pondre appliquée pourra rester en place assez longtemps.

(Medical and surgical Reporter, Philadelphie, 12 août 1882).

(1) *Conc. Méd.* 1882, No 23, p. 289.

(2) N° 36, P. 445.

De l'équitation considérée comme cause, comme préservatif, et comme traitement des hémorrhoïdes. — Le *docteur* William Bodenhamer, de *New-York*, publie dans le « *Medical Record*, » un article intéressant qu'on peut résumer ainsi qu'il suit. — D'abord, l'auteur combat énergiquement cette opinion, trop accréditée chez les anciens comme chez les modernes, que l'équitation pourrait être une cause d'hémorrhoïdes. Pourtant, il convient que les personnes qui ont une prédisposition aux hémorrhoïdes ou qui en souffrent déjà, doivent éviter de faire de trop grandes courses à cheval dans la saison chaude, et surtout sans selle; car, selon lui, si l'équitation joue réellement un rôle dans la production ou dans l'évolution des hémorrhoïdes, ce ne peut être que par la grande chaleur qui, dans un exercice long et violent, est communiquée par le cheval à la région ano-périnéale du cavalier, et principalement quand le cavalier monte sans selle; et aussi par les contusion et les écorchures qui résultent d'un pareil procédé. Cespendant, il ne paraît nullement prouver que l'habitude du cheval prédispose aux hémorrhoïdes. Le baron Larrey, qui fut si longtemps chirurgien en chef des armées du premier Empire, déclare formellement dans ses mémoires de chirurgie militaire, qne l'exercice du cheval paraît plus propre à guérir les hémorrhoïdes qu'à les produire. Il affirme même avoir vu des soldats qui, la veille d'un engagement, se trouvant en pleine crise hémorrhoïdale, étaient néanmoins forcés de monter à cheval, et de rester en selle pendant plusieurs heures, et qui, oubliant complètement leur infirmité au milieu de la mêlée, se trouvaient entièrement guéris après la bataille. Bien plus, ce grand chirurgien avait l'habitude de prescrire aux soldats affectés d'hémorrhoïdes de monter souvent à cheval, et au grand galop; et il déclare que loin d'avoir eu à regretter ce traitement, il en a toujours retiré d'excellents résultats.

L'auteur américain cite aussi le Dr de Montégue, qui dans son Traité analytique des affections hémorrhoïdales, déclare qu'il ne connaît pas un meilleur ni un plus sûr préservatif des hémorrhoïdes que l'habitude de l'équitation. »

Voulant enfin se renseigner plus complètement encore, le Dr Bodenhamer prit le parti d'écrire à un de ses compatriotes, le général Sibley, aujourd'hui en retraite à Fréderickburg (Virginie). Ce général, entré dans la cavalerie de l'armee des Etats-Unis en 1838, a fait toutes les campagnes de cette armée depuis cette époque, et à travers les climats les plus variés, depuis les régions tropicales du Mexique, jusqu'aux sommets glacés des montagnes rocheuses.

Pendant plus de trente années qu'il se livra ainsi à l'équitation forcée, ce général n'eut jamais à souffrir d'aucune apparence d'hémorrhoïdes, et il ne connut pas un seul de ses soldats qui fût affecté de cette maladie. Le Dr Bodenhamer en conclut naturellement que l'équitation est plutôt un préservatif qu'une cause des hémorrhoïdes. Il serait très intéressant de comparer les statistiques françaises, anglaises, allemandes, etc., à celle du docteur américain. Rien de plus facile si l'on voulait s'en donner la peine. Les mieux renseignés seraient certainement les médecins militaires, surtout ceux de la cavalerie. Si leurs conclusions étaient conformes à celles du général Silley et du Dr Bodenhamer, on ne saurait plus conserver aucun doute sur la valeur de l'équitation comme préservatif et comme traitement d'une affection si commnne, si incommode et si douloureuse.

(*New-York medical Record, 26 août 1882*).

Dr Pombourq.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Voici une préparation antiasthmatique employée par M. Huchard, surtout lorsqu'il se joint aux accès d'asthme quelques accidents de catarrhe bronchique :

Eau distillée..................	300 gram.
Iodure de potasssium..........	*āā* 10 gram.
Teinture alcoolique de lobélie...	
Teinture alcoolique de polygala.	
Extrait thébaïque..............	0,10 centig.

Une cuillerée à soupe matin et soir.

(*Journal de Méd. et Chir. prat.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Mon cher Directeur,

La deuxième réunion annuelle de la *Chambre syndicale des médecins du Médoc* a eu lieu à Lesparre, le 3 octobre. J'ai profité de cette occasion pour rappeler aux confrères présents l'intérêt qu'il y aurait à ce que nous fissions tous partie de la Société le *Concours médical*; et, sachant combien la mémoire humaine est fragile, et la main des médecins paresseuse, lorsqu'il s'agit d'écrire, je les ai engagés à apposer leur signature au bas de la lettre collective que j'avais eu la précaution de préparer à l'avance. De cette façon j'ai le plaisir de vous adresser ci-jointe l'adhésion de six nouveaux confrères. Je crois que si les secrétaires des autres syndicats employaient les mêmes procédés, ils obtiendraient le même succès.

Recevez, etc, Dr Dupeu

Secrétaire Trésorier de la Chambre syndicale des médecins du Medoc.

ERRATUM. (*Sommaire no 42*). — C'est par erreur que figure, dans le sommaire de notre dernier numéro, l'article *Réquisition militaire.* Au moment du tirage, cet article a dû être remplacé par le compte-rendu du *Syndicat de la Gironde, Dordogne, Charente, Seine-Inférieure.*

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

5 Novembre 1882 — 4me Année. — N° 44

SOMMAIRE

BULLETIN

L'Académie a laissé de côté la suite de la discussion sur l'allaitement pour entendre une communication de M. *Marjolin* sur *l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris.* L'orateur rappelle d'abord la communication qu'il a faite, il y a deux ans, relativement à l'influence désastreuse que les logements insalubres exercent sur la population des grandes villes. L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement sur Paris est pour lui une occasion nouvelle de demander que la loi sur les logements insalubres ne reste pas, pour ainsi dire, à l'état de lettre morte; car, bien que très imparfaite, si elle était appliquée sérieusement, elle amènerait encore de notables améliorations et l'on ne verrait pas de malheureuses familles vivre dans des taudis d'une insalubrité telle qu'ils devraient être fermés au nom de la loi et dans l'intérêt commun. Or, à ce sujet, malgré les plus louables efforts des commissions locales, malgré tout ce qui a été dit dans la presse et dans les rapports des médecins qui dévoilent toute la gravité du mal, les choses sont restées à peu près dans le même état que par le passé.

Ainsi, dans le XIIIe arrondissement, M. Marjolin n'a pas constaté des améliorations bien notables, et si, grâce au rapport de M. le docteur Du Mesnil, la cité des Kroumirs n'existe plus qu'à l'état de vestige, la cité Doré n'a subi aucun changement. Quant à la cité Jeanne-d'Arc, il est vrai qu'on a amélioré un peu les passages, facilité l'écoulement des eaux ménagères, bouché les crevasses les plus apparentes des murs, ainsi que les trous des sondages ordonnés par les architectes de la ville; on a mis aussi des portes aux latrines, on a également condamné des boutiques abandonnées servant de refuges aux vagabonds; mais ces réparations indispensables ne peuvent pas être considérées comme des améliorations suffisantes. Les latrines qui, malgré l'ordonnance, sont dépourvues d'une fermeture automatique, répaudent en tout temps une odeur infecte dans ces corps de bâtiments dont les couloirs ne reçoivent que très imparfaitement de l'air et du jour. — Il serait du reste bien difficile d'arriver à la bonne tenue des latrines dans des maisons habitées par des centaines d'individus, dont beaucoup se font un plaisir de tout salir et de tout dégrader.

Puisque nous nous trouvons ainsi désarmés en face de l'ennemi, ne serait-ce pas le moment de réclamer, dans l'intérêt public, des mesures d'urgence et des inspections, non pas seulement dans les maisons où il y a des malades ou des décès, mais dans toutes celles signalées par leur malpropreté, leur mauvaise tenue, notamment les garnis?

D'ailleurs, lorsqu'une épidémie se manifeste au milieu d'une population aussi considérable que celle de Paris, l'Assistance publique ne dispose que de ressources insuffisantes. Il est très regrettable que cette administration, depuis le temps où l'on a signalé les dangers de l'encombrement et de l'occupation prolongée des salles, n'ait pas mis à profit ce que l'expérience avait démontré dans

les hôpitaux militaires, et qu'elle n'ait pas également adopté le système de l'alternance en consacrant, dans chaque hôpital, une ou deux salles pour cet usage. Dans les moments d'épidémie ou lors des accidents imprévus, ces réserves de lits seraient d'une grande utilité et l'on ne serait pas obligé, comme cela arrive actuellement, d'encombrer les services de lits supplémentaires, ce qui est contraire à toutes les règles de l'hygiène.

Arrivant aux instructions qui viennent d'être publiées au nom du Conseil supérieur d'hygiène, M. Marjolin déclare que ces prescriptions sont très sages, mais elles ne peuvent réellement être mises en pratique que dans des ménages aisés. Et d'abord l'isolement des malades est-il praticable dans des familles où l'on voit réunies dans une seule et même chambre jusqu'à sept personnes? On recommande les lavages avec l'eau phéniquée, alors que l'eau elle-même manque le plus souvent dans ces logements. Il en est de même de la désinfection des déjections, et des latrines, du lavage du linge, au moins pour ceux de ces malheureux qui ont du linge.

L'orateur conclut en disant qu'il faut insister vivement auprès de l'autorité pour faire appliquer la loi sur les logements insalubres.

La discussion qui a suivi cette communication a fait ressortir l'accord qui existe entre tous les praticiens sur ces importantes questions d'hygiène générale et de prophylaxie des maladies. Les paroles de M. Marjolin sont d'ailleurs empreintes d'un profond sentiment d'amour de l'humanité dont nous ne pouvons que le féliciter hautement : mais quand cet orateur a dit qu'en dehors du clergé il ne connaissait pas de puissance plus grande que celle du médecin, nous croyons qu'il s'est exagéré l'autorité dont nous jouissons dans le public, au moins actuellement, et nous savons très bien par expérience que même sur les questions d'hygiène et de médecine ce n'est pas toujours l'avis du médecin qui prévaut.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des kystes sous-cutanés de la tête et du cou

Kystes sébacés et Kystes dermoïdes.

Deux fois déjà depuis le commencement de cette année le *Concours Médical* s'est occupé du sujet que nous allons aborder. Dans le nº du 21 janvier, on pouvait lire une Revue clinique sur le traitement des loupes de la tête; le 8 avril paraissait un travail fort bien fait de M. le Dr Poulet sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Possédant un certain nombre de faits et capables de compléter utilement la question, nous avons l'intention de faire ici le parallèle anatomique et diagnostique de ces affections et de revenir brièvement sur leur traitement.

I. — Différences anatomo-pathologiques

Il n'est pas rare d'être consulté par des malades présentant à la tête, à la face ou au cou des tumeurs ordinairement petites, sous cutanées dans la plus grande partie de leur masse, paraissant toutefois avoir des connexions très proches avec la peau. Ordinairement indolentes, a moins qu'elles ne soient enflammées, elles gênent peu les sujets qui les portent, mais ils en réclament la guérison à cause de l'aspect disgracieux qu'elles peuvent donner à leurs traits. La consistance de ces tumeurs est molle, pâteuse, quelquefois plus dure. A ces caractères on reconnaît facilement des Kystes sous-cutanés vulgairement connus sous le nom de loupes.

Longtemps on avait cru que toutes ces tumeurs étaient identiques dans leur structure; néanmoins on avait remarqué qu'un certain nombre d'entre elles paraissaient, soit dès la naissance, soit peu de temps après, et on avait établi une classe de kystes congénitaux de la tête et du cou. La structure de tous était identique et on se livrait, sur leur origine, à des hypothèses nombreuses, les uns pensant qu'ils naissaient des lobules du tissu graisseux sous-cutané, les autres des glandes de la peau. Astruc même, dans son traité *Des loupes de la tête*, les faisait venir d'une altération des lymphatiques.

Cependant en 1843, Kohlrauch dans le *Müller's Archiv*, établit qu'un certain nombre de kystes présentaient la structure exacte de la peau, avec des papilles, des glandes, des poils, etc. Peu de temps après, un chirurgien anglais, Lawrence, publia des faits de récidive de kystes de la face, dans lesquels on avait pratiqué une ablation incomplète et laissé un petit fragment de paroi interne qui avait les caractères de la peau; et il disait à ce propos que l'extirpation par une dissection minutieuse était absolument nécessaire si on voulait éviter les récidives. Nous ne pouvons mieux faire, que de renvoyer nos lecteurs à l'article de M. le Dr Poulet, où l'historique de cette question est traité d'une façon si intéressante.

Les histologistes étudiant alors à fond cette question ont démontré que, dans la grande classe des kystes sébacés, il fallait établir deux divisions et distinguer entre les kystes sébacés simples et les kystes dermoïdes.

Voyons rapidement leur différence anatomique. Les *kystes sébacés simples* ont un contenu molasse, pâteux, formé de graisse, et de cellules épithéliales déformées et en voie de régression.

C'est ce que l'on a appelé la substance mélicérique ou stéatomateuse. La paroi du kyste est plus ou moins résistante, et elle est toujours formée de deux couches très faciles à distinguer et qui sont de dedans en dehors : une paroi d'épithélium pavimenteux disposé en plusieurs couches ; puis, une couche celluleuse résistante. Au voisinage, le tissu cellulaire contracte parfois des adhérences avec la tumeur, la peau est amincie et ses papilles sont atrophiées. Si, de plus, on dissèque un de ces kystes, encore récents, de la profondeur vers la peau, souvent on le trouve relié à celle-ci par un petit tractus sur la nature duquel nous reviendrons.

Les *kystes dermoïdes* ont une structure assez différente. Leur contenu est tantôt mélicérique, tantôt plus liquide ; on y trouve, en outre, des poils plus ou moins nombreux et même parfois de petits fragments osseux, fait bien plus rare pour les kystes de la face que pour les kystes dermoïdes viscéraux.

La paroi mérite une description toute spéciale : nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici l'examen d'une de ces tumeurs que nous avons observée récemment. C'était un kyste dermoïde de la queue du sourcil sur un jeune homme de vingt-trois ans. Il présentait de dedans en dehors : 1° Une *couche épithéliale* formée d'une zone superficielle cornée en voie de desquamation ; une zone granuleuse, une de cellules polyédriques à gros noyaux, enfin une dernière de cellules cylindriques absolument semblable à la couche de Malpighi. Cette surface épithéliale présentait de petites dépressions d'où naissaient des *poils* assez serrés et fins. — 2° Une *couche fibreuse* contenant les éléments normaux de la peau savoir : Des glandes sébacées volumineuses, formant une couche régulière et venant toutes s'ouvrir à la face interne du kyste ; — des vaisseaux et des nerfs très nombreux ; — des glandes sudoripares peu développées ; enfin des fibres musculaires lisses. Cette couche formait, du côté de l'épiderme du kyste, des saillies papillaires très nombreuses.

Si nous comparons maintenant nos deux classes de kystes, nous pouvons nous résumer, en disant que : les kystes sébacés ont la structure des *glandes simples* de la peau, c'est-à-dire des glandes sébacées ; tandis que les kystes dermoïdes ont la structure *de la peau elle-même*.

Cette détermination anatomique exacte a permis de remonter à l'origine différente de ces lésions. Tout le monde admet actuellement que les kystes sébacés sont des kystes glandulaires, formés par la dilatation des follicules sébacés de la peau. Nous n'énumérerons pas toutes les hypothèses qu'on a émises, au contraire, sur l'origine des kystes dermoïdes ; pour Lebert, c'étaient des sacs cutanés de production nouvelle, — il appliquait à ces kystes sa grande théorie de l'hétérotopie plastique. Verneuil, au contraire, émit, un des premiers, l'idée qu'ils se formaient aux dépens de la peau des *fentes branchiales* ; c'est l'opinion que l'on admet aujourd'hui, elle est la plus vraisemblable, et elle aide puissamment à comprendre le diagnostic et le traitement de ces affections.

II. — Diagnostic différentiel.

Existe-t-il des caractères qui pourront nous faire dire dans tel ou tel cas : ceci est un kyste sébacé, cela un kyste dermoïde ? Oui. *L'époque de l'apparition* a d'abord une grande importance. Un kyste qui est constaté à la naissance, ou peu de temps après, sera quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent un kyste dermoïde ; les kystes sébacés se développent petit à petit et commencent rarement avant la puberté.

Les kyste dermoïdes sont ordinairement solitaires, les kystes sébacés, au contraire, sont le plus souvent multiples, on a vu des malades qui en avaient trois, quatre, et même plus de vingt.

D'après la conformation extérieure, on peut encore tirer quelques renseignements de probabilité. Les uns, les *sébacés*, sont ordinairement assez tendus, arrondis, ou aplatis et lenticulaires sous le cuir chevelu, par exemple ; la peau, à leur surface, est lisse, ses papilles sont atrophiées, les follicules pileux, comprimés, ont disparu et les cheveux ou les poils sont tombés ; la tumeur paraît avoir été d'abord cutanée. Au crâne cependant, la peau semble glisser au dessus mieux qu'ailleurs, fait qui tient à la profondeur des alvéoles du tissu cellulaire dans lesquelles les glandes kystiques se développent. De plus, on observe presque toujours, à la surface des kystes sébacés, un petit point noir, trace du conduit excréteur de la glande, et il n'est pas rare de faire sourdre, par la pression, de ce petit point, des cylindres vermiformes de substance mélicérique.

Les kystes *dermoïdes* s'accroissent ordinairement moins vite, la peau glisse sur eux, à moins qu'ils n'aient, par suite d'une inflammation, contracté adhérence avec elle ; ils semblent plutôt venir des parties profondes. Quand on essaie de les déplacer ou de les circonscrire, on constate qu'ils sont adhérents aux os, et même que ceux-ci présentent à leur pourtour une dépression plus ou moins marquée, une encoche profonde, si on est sur un rebord saillant comme l'arcade orbitaire. Les poils, (sourcils, barbe) ont continué de croître sur la peau qui les recouvre ; quand on les écarte, on ne peut trouver à leur surface la petite dépression noire dont nous avons parlé pour les kystes sébacés.

Il nous reste maintenant à insister sur un dernier caractère différentiel, et c'est le plus important. Nous avons déjà dit que les kystes dermoïdes étaient congénitaux, et que l'on avait rattaché leur développement à celui des fentes et des arcs branchiaux. Or (principe admis en diagnostic chirurgical), la localisation seule, ou aidée de certains caractères tels que des connexions ou des adhérences avec certains organes, permet de reconnaître les affections congénitales. La différence que nous cherchons est donc une différence topographique. En effet, les kystes sébacés peuvent se montrer partout où il existe des glandes du

même nom ; cependant, dans les régions dont nous nous occupons, ils se montrent de préférence dans celle du cuir chevelu qui est leur lieu d'élection ; on les rencontre aussi à la nuque et sur les parties latérales du cou ou de la face, mais plus rarement.

Les kystes dermoïdes, au contraire, ne peuvent se montrer que dans les points où, durant la vie embryonnaire, il a existé des portions cutanées transitoires, dont la fusion s'est arrêtée à un point donné, d'où la formation d'une cavité tapissée par la peau. Or, l'étude anatomique et clinique de ces kystes montre qu'ils se rencontrent *à la face et au cou* dans des points qui répondent à des lignes de fusion de surfaces cutanées embryonnaires. Une rapide excursion dans l'embryologie de la face gravera facilement dans l'esprit de nos lecteurs les faits que nous venons d'avancer.

C'est depuis les travaux de Reichert et de Müller que l'on sait que la face et le cou se développent aux dépens de prolongements blastodermiques émanant des côtés de la gouttière embryonnaire, pour se porter en avant et se réunir entre eux. Ces prolongements, appelés *arcs branchiaux*, au nombre de quatre, sont, de haut en bas : l'arc tympano-mandibulaire ; le stylo-hyoïdien ; l'hyoïdien ; et enfin le cervical inférieur. Nous renvoyons nos lecteurs aux traités d'embryologie qui leur montreront que, dans chacun d'eux, se développent des parties osseuses et des parties molles spéciales. Disons cependant que, par un bourgeonnement tout particulier, l'arc supérieur se dédouble et produit un arc maxillaire supérieur et un inférieur. De plus, entre les deux arcs supérieurs, s'insinue l'extrémité du bourgeon céphalique formant le front, le nez et le rayon de l'os intermaxillaire. Entre tous ces arcs et portions d'arc, existent des fentes, les *fentes branchiales*, fentes dont les bords sont tapissés d'épithélium, fentes qui, pour la plupart, s'oblitèrent ou qui limitent des orifices spéciaux : c'est sur leur trajet que nous trouvons *toujours* les kystes dermoïdes. Nous ne saurions mieux faire que de citer des exemples de ceux-ci.

La fente la plus élevée, qui sépare le premier arc du front, se nomme fronto-maxillaire et va du pavillon de l'oreille à l'angle interne de l'orbite, en traversant celui-ci. C'est sur son trajet que l'on rencontre les kystes de la *queue du sourcil*, remarquables par leur situation constante à l'angle externe de l'orbite, leur adhérence au rebord orbitaire et l'existence d'une encoche plus ou moins profonde sur ce rebord, au niveau de leur implantation.

Plus rarement on en observe à l'angle interne de l'orbite, nous en possédons une observation intéressante. C'était un kyste situé dans la région inter-sourcilière, du volume d'une noisette. On pourrait confondre cette tumeur avec certains méningocèles (1) qui se font aussi dans ce point, la réductibilité de ces dernières, le caractère du liquide contenu permettront d'élucider le diagnostic dans les cas douteux. C'est encore sur le parcours de cette fente que s'observent des kystes intra-orbitaires plus ou moins gros et qui arrivent à faire saillie au dehors.

(1) V. *Conc. méd.*, 1882, nº 14, p. 160.

Il eixste, entre le bourgeon maxillaire supérieur et l'inférieur, une fente, la fente intermaxillaire, aux dépens de laquelle se forment la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et l'externe ainsi que l'orifice buccal ; la partie génienne s'oblitère. Nous avons observé deux exemples de kystes dermoïdes développés sur son trajet. L'un est un kyste juxta-auriculaire, situé immédiatement au-dessus de l'orifice du conduit auditif externe. Le sujet, qui en est porteur, est un jeune homme de 19 ans ; il a subi une première opération qui a montré la nature du kyste, mais ne l'a pas guéri.

Au mois d'avril de cette année, nous observions aussi un kyste dermoïde de la joue, situé à deux centimètres de la commissure labiale droite, sur le trajet connu de notre fente ; le porteur était un vigoureux garçon de vingt-huit ans.

Les autres fentes branchiales, dont la première suit la courbure du maxillaire, la seconde le premier pli de flexion du cou, la troisième l'espace hyo-tyroïdien et la quatrième le bord antérieur du sterno-mastoïdien, peuvent aussi, mais un peu plus rarement, présenter des kystes congénitaux. On sait que ce sont spécialement les lieux d'élection des fistules congénitales du cou ; cependant, nous pouvons citer deux exemples de ces kystes. L'un appartient à Ollier et est rapporté dans la thèse du Dr Cusset (Paris, 1877), il siégeait dans la région sus-hyoïdienne. L'année dernière, nous observions le second, sur une jeune femme de trente-deux ans ; il était situé à la base du cou, entre les deux sterno-mastoïdiens et avait le volume d'une grosse noix.

III Traitement (1).

Et d'abord doit-on opérer les loupes et les kystes dermoïdes ? De nombreuses raisons nous dicteront une réponse affirmative. Au point de vue plastique, les kystes de la face et les loupes du cuir chevelu sont disgracieux et ce sera souvent la principale raison qui poussera ceux qui en sont atteints à recourir au chirurgien. Mais il existe des motifs d'action plus sérieux. Au cuir chevelu les loupes, en augmentant, peuvent devenir gênantes, elles font tomber les cheveux et empêchent un nettoyage exact de la tête. Il n'est pas rare non plus qu'elles soient blessées par les dents du peigne, contusionnées par les bords de la coiffure, atteintes par des coups portés sur la tête ; toutes ces causes peuvent les enflammer et en amener la suppuration : il se forme un abcès qui peut se guérir spontanément, mais qui peut aussi être l'origine d'un phlegmon du cuir chevelu, d'un érysipèle grave, lésions dangereuses au plus haut point. A la face, surtout au voisinage de l'œil, ils peuvent, par leur développement, gêner

(1) Concours Médical, 1882, Nº 3, p. 26, 21 janvier, Nº 14, p. 158, 8 avril.

la vision, ou produire des abcès qui laisseront des cicatrices vicieuses.

Enfin, il faut noter que ces tumeurs de nature si bénigne à l'origine, peuvent, chez des sujets prédisposés, ou par suite d'irritations répétées, subir des transformations malignes. Nous avons pu recueillir plusieurs observations authentiques confirmées par l'examen microscopique; elles portent sur quatre faits de transformation épithéliomateuse ou cancroïdale de kystes sébacés de la tête. Dans trois de ces cas, il y eut simple transformation, (Galiberne, *Th. de Paris 1882.* — Legrand. *Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier, 1882. — Grenell, *Th. de Paris*, 1872); dans un quatrième, des plus rares (Dussausay. *Union méd.* 5 août 1875). la transformation maligne s'accompagna d'infection ganglionnaire.

Il faut donc enlever les kystes sébacés et dermoïdes; mais quelles sont les méthodes préférables? Il serait bien long d'énumérer tous les moyens qu'empiriques et chirurgiens ont tour à tour employés. Quelques accidents survenus à la suite des opérations avec l'instrument tranchant, et, d'autre part, la répugnance que ce procédé inspirait aux malades amenèrent à employer des moyens plus doux. On peut ranger sous deux classes ces méthodes thérapeutiques; d'une part, nous avons les *injections modificatrices* faites au moyen de seringues à canule perforante, et destinées à produire, dans le kyste, un travail inflammatoire nécrosique qui le transforme en corps étranger et amène son élimination par suppuration. C'est dans ce but qu'on a employé le *tartre stibié* en solution concentrée (Grenell), le *nitrate d'argent*, l'*acide nitrique*, (Chassaignac), et plus récemment le *chlorure de zinc* (Richet), l'*alcool à 90°* (Luton.)

D'autres chirurgiens ont préféré employer les *caustiques* appliqués à la surface des tumeurs. Ils agissent en détruisant une portion de la peau qui les recouvre, en attaquant le kyste, paroi et contenu, et en agissant sur lui par diffusion, pour en produire la nécrose. On a ainsi employé la *pâte de Vienne* qu'on applique, comme chacun sait, au moyen d'une lame de diachylum perforée d'un trou beaucoup plus petit que l'eschare que l'on veut obtenir, et qu'on laisse en place durant un quart d'heure environ. Le *caustique Filhos* a aussi été employé dans le même but.

Malgré tout le respect que nous professons pour ces méthodes, nous les croyons absolument condamnables et indignes de la chirurgie actuelle.

a. — Malgré leur apparente bénignité, elles sont plus douloureuses que l'instrument tranchant dont on peut, d'ailleurs, atténuer l'action par l'anesthésie locale (glace, éther).

b. — Elles ne sont pas applicables à tous les kystes que nous étudions. Car, à la face, elles produiraient toujours des cicatrices difformes, au lieu de la cicatrice linéaire du bistouri. De plus, si elles détruisent la paroi *glandulaire* des kystes sébacés, elles ne peuvent attaquer suffisamment le revêtement *cutané* qui tapisse les kystes dermoïdes.

c. — Elles exposent à des accidents de suppuration et d'erysipèle tout aussi bien que l'instrument tranchant.

d. — Enfin, elles n'amènent la guérison qu'après un temps plus ou moins considérable.

C'est en nous basant sur toutes ces raisons et sur l'innocuité que la méthode antiseptique rigoureusement appliquée a apporté aux opérations par l'instrument tranchant, que nous adoptons exclusivement l'emploi de ce dernier.

Quelques remarques nous paraissent utiles en terminant. Comme le recommande M. Lucas Championnière, il faut, avant d'opérer, raser les cheveux autour de la tumeur, nettoyer la tête avec une lessive de Panama et la laver avec une solution phéniquée forte.

Une fois ces préparatifs achevés, on pratiquera *l'extirpation* qui comporte plusieurs temps. D'abord, suivant la préférence que l'on aura, on incisera la peau sur la tumeur ou la peau et la tumeur en même temps, puis on disséquera avec soin la paroi kystique, en la saisissant avec une pince, d'une main, tandis que, de l'autre, on divise ses adhérences avec le tissu cellulaire. On pourra encore employer l'ingénieux procédé conseillé par M. le Dr Poulet, nous le croyons commode surtout pour les kystes d'un petit volume et non adhérents au tissu cellulaire et à la peau.

Pour les kystes dermoïdes, on aura soin de faire l'incision première suivant le sens des plis de la région où l'on opère, afin que la cicatrice soit dissimulée plus tard ; au cuir chevelu, on fera les incisions suivant des rayons partant du sommet de la tête pour éviter de diviser les artères. On notera aussi que la dissection des kystes dermoïdes est toujours plus laborieuse à cause de l'épaisseur plus grande de leur paroi et de leur adhérence plus intime avec les tissus voisins.

Une fois l'ablation *exacte et totale* achevée, on nettoiera la plaie avec une solution phéniquée à 5 o/o et, au moyen d'une éponge, on comprimera sa surface pour arrêter toute hémorrhagie. On appliquera ensuite le pansement.

Quand les kystes sont très petits, on pourra se dispenser de la suture et du drainage, les recouvrir de *protective*, puis de quelques rondelles d'amadou phéniqué qui exerceront une compression exacte; le tout sera recouvert d'un pansement de Lister.

S'ils sont plus grands, on y placera un drain proportionné à la grandeur du kyste et qui devra être enlevé deux ou trois jours au plus tard après l'opération ; puis on fera une suture avec de la *soie phéniquée* ou du *catgut* très fin, ce qui, dans le cas, nous parait préférable au fil d'argent qui laisse à la face de petits tractes, sur le bord de la cicatrice, et qui pourrait irriter douloureusement le cuir chevelu. Les points de suture seront retirés au troisième ou quatrième jour, et on aura soin de maintenir autour de la plaie la propreté la plus rigoureuse, condition essentielle d'une prompte guérison.

Dr Hambar.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

ASSISTANCE PUBLIQUE DANS LES CAMPAGNES.

Projet de réglement.

Art. 1. — Chaque année, au mois de décembre, une commission spéciale, dont le médecin ne fera pas partie, dressera la liste des indigents, cette liste ne pourra comprendre un membre isolé d'une famille, par exemple, le père ou la mère sans les enfants, et réciproquement.

Art. 2. — La liste arrêtée sera, avant le 1er janvier, transmise aux médecins de la circonscription; pendant l'année aucune addition ne pourra être faite sauf dans les cas suivants: mort du chef de famille, ruine complète par accident, incendie, inondation, incapacité prolongée de travail.

Art. 3. — L'indigent s'adressera au médecin de son choix, docteur ou officier de santé; toutefois il ne pourra appeler un médecin habitant hors sa circonscription, c'est à dire à plus de 10 kilomètres de son domicile, ni deux médecins à la fois, sauf le cas d'opération.

Le médecin est libre de répondre à son appel ou de refuser ses soins.

Art. 4. — En cas d'accident, d'opération grave, de soins impraticables à domicile, de manque de famille, l'admission du malade à l'hopital voisin aura lieu d'urgence sur la demande du médecin traitant.

Art. 5. — A chaque visite, le malade présentera un bon signé et daté à la mairie depuis trois jours au plus; ce bon sera retenu par le médecin. Il présentera, en outre, son livret où le médecin inscrira la nature de sa visite et les médicaments prescrits.

Art. 6. — Le tarif des visites est établi comme il suit :

A. — Au domicile du médecin :
Visite sans ordonnance écrite : 0
Visite avec ordonnance écrite : 1 fr.

B. — au domicile du malade.
Dans le rayon d'un kilomètre : 1 fr.
Au delà du 1er kilomètre, 25 centimes d'honoraires, et 25 centimes d'indemnité de transport par kilomètre parcouru en comptant l'aller et le retour et sans que jamais le prix de la course puisse être inférieur à 3 fr.

Visite de passage, c'est-à-dire le médecin étant en tournée dans le village habité par l'indigent, 1 fr. 50.

C. Visites de nuit (de 8 heures soir à 6 heures matin) prix double des précédents.

D. Opérations de petite chirurgie, 2 fr.

E. Opérations de grande chirurgie comprenant réduction de fracture, de luxation, trachéotomie, kélotomie, plaie compliquée, amputation, 10 à 50 fr. déplacement non compris.

F. Opérations d'accouchement: version, forceps, céphalotomie etc. 20 à 50 fr. déplacement non compris.

Art. 7. — Le service des épidémies, l'inspection des Ecoles, des nourrissons, des lieux insalubres forment des services séparés dotés de rémunérations distinctes.

Art. 8. — Le service des accouchements simples et des vaccinations sera confié aux sages-femmes ; les médecins n'en seront chargés qu'exceptionnellement.

Art. 9. — En janvier et en juillet, les médecins présenteront une note détaillée de leurs honoraires d'après le tarif ci-dessus.

Art. 10. — Pour ménager les ressources de l'Assistance, les médecins ne prescrivent les spécialités pharmacentique, et les Eaux minérales qu'après autorisation spéciale.

Art. 11. — Au point de vue strict de l'organisation de l'Assistance, les médecins émettent les vœux suivants :

A. — Chaque commune sera pourvue d'un mobilier médical uniquement destiné aux indigents.

B. — Les boîtes dites de Secours dont les inconvénients dépassent les avantages seront supprimées.

C. — Dans les cas urgents, le médecin sera autorisé à délivrer les médicaments nécessaires s'il n'existe pas d'officine dans la localité.

D. — Il sera créé un plus grand nombre d'hôpitaux et d'asiles régionaux, établissements sans lesquels l'Assistance sera toujours incomplète.

E. — Il sera fondé dans chaque canton une caisse dite caisse de l'Assistance publique chargée de centraliser les dons, les legs, les subventions destinés aux établissements précédents : les fonds seront employés soit en constructions, soit en améliorations dans les hôpitaux et asiles, soit en journées de maladie; une partie pourra être mise à la disposition des bureaux de bienfaisance en cas d'épidémies ou de calamités publiques. Dr X.

M. le Dr Mignen à qui nous communiquons ce projet nous répond : « Nous ne trouvons rien à critiquer dans ce projet, excepté : article V : supprimer le bon de visite ; article VI : supprimer la gratuité des visites sans ordonnance écrite. Le reste peut être discuté en certains points, mais a moins d'inportance. » Dr Mignen.

II.

Service des nourrices

Nous recevons de M. le Dr *Duchesne*, membre du *Concours médical*, ex-secrétaire général de la *Société protectrice de l'Enfance*, la communication suivante. Elle nous a paru très intéressante pour l'organisation de ce *Service des nourrices* dont nous avons entretenu l'*Assemblée générale* du 17 septembre. Nous appelons sur ce sujet les

observations de nos lecteurs. — Nous verrons alors à mettre en pratique ce nouveau genre de service à rendre aux membres de notre société en nous éclairant des conseils pratiques de M. le Dr Duchesne.

Voici cette communication :

Monsieur le Directeur,

Il n'est pas un médecin qui, pressé de se procurer une nourrice pour un nouveau-né, n'ait été frappé, en parcourant les divers bureaux de la capitale, non-seulement de l'extrême rareté des sujets, mais encore du peu d'abondance de leur lait. Ce dernier fait s'explique par les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent ces femmes fatiguées d'un long voyage en troisième classe, elles arrivent à Paris, où elles se nourrissent peu et mal. Je ne parle pas des exigences de ces futurs tyrans qui vont s'introduire dans nos foyers.

Enfin, comme toutes, ou presque toutes, ont déjà fait des nourrissons à Paris, elles connaissent toutes les roueries du métier et les apprennent vite à leurs camarades.

Frappé, il y a une quinzaine d'années, de ces inconvénients, je résolus d'y parer et profitai de ce que mes fonctions de Secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance me mettaient journellement en rapport avec sept cents médecins inspecteurs.

Je leur demandai à tous leur concours et chacun d'eux reçu des bulletins semblables au modèle ci-joint (*voir plus loin*).

Une femme se présentait-elle à l'un des médecins inspecteurs pour être nourrice sur lieu ou à la campagne, celui-ci remplissait un de ses bulletins et me l'adressait. Il était expressément défendu aux nourrices de venir à Paris avant d'y être appelées par lettre ou télégramme.

Le placement étant absolument gratuit, il n'était nullement besoin de l'autorisation de la préfecture de police qui, du reste, connaissait parfaitement notre organisation. J'ajoute que beaucoup de médecins, de professeurs de l'école de médecins des hôpitaux s'adressaient à moi pour leur procurer des nourrices.

Je suis intimement persuadé qu'on rendrait un véritable service au public en ouvrant à Paris un bureau n'ayant que des nourrices de choix, dans lequel on abolirait la prime, ce qui ferait que les parents n'auraient pas à payer les 70 fr. ou 75 fr. qu'ils paient actuellement.

J'ai donc pensé que ce serait un honneur pour le *Concours Médical* de fonder un bureau de *renseignements* pour les nourrissons comme je l'ai fait pendant huit à dix ans.

Si cette organisation était acceptée en principe, je pourrais entrer dans tous les détails qu'elle comporte.

Agréez, etc. Dr Duchesne.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Bulletin de renseignements pour le placement des nourrices.

M. le Docteur

A *Départ*

Noms et prénoms de la Nourrice

Mariée ou fille
Age
Domicile, Canton Dé
Distance de Paris
Combien a-t-elle eu d'enfants ?
Combien sont morts?
Combien de nourrissons ?
Combien sont morts?
Date du dernier accouchement.
Quel tempérament?
Couleur des cheveux.
État des dents.
Le logement est-il salubre?
Est-elle dans l'aisance?
A-t-elle une vache ou une chèvre
Gages demandés.
Pour nourrir sur les lieux ou à la campagne?

A *le*

SIGNATURE DU MÉDECIN.

III.

Propositions soumises a l'assemblée générale du 17 septembre (Suite et fin).

M. le Dr Lardier (*de Rambervilliers, Vosges*). fait la proposition suivante :

« Il peut exister, il existe en province, dans de petites localités, de modestes travailleurs qui n'ont pas les ressources pécuniaires et bibliographiques auxquelles les médecins des grandes villes sont habitués. Je veux dire qu'un simple praticien de campagne ne peut, en règle générale, avoir à sa disposition les volumes qu'il désirerait souvent consulter soit pour un cas particulier, soit pour une œuvre à laquelle il désire attacher son nom. Dans les grandes villes, les bibliothèques s'ouvrent gratuitement aux lecteurs qui y puisent tous les renseignements désirables.

Il n'est pas admissible que la bibliothèque d'un médecin de campagne, si bien composée soit-elle, puisse suffire à toutes les exigences intellectuelles, satisfaire toutes les nécessités scientifiques. Dans un travail spécial, le médecin de campagne trouvera toujours devant lui un obstacle; il ne lui sera jamais possible de connaître les opinions de tous ses devanciers.

J'ai pensé que le *Concours médical* pourrait servir d'intermédiaire entre des cabinets de lecture ou des éditeurs et les médecins de province, ceux-ci trouvant chez les premiers, moyennant

une rémunération à fixer, les volumes dont ils n'auraient besoin que momentanément, et dont ils ne voudraient ou ne pourraient faire l'acquisition, ce qui se comprend lorsqu'il ne s'agit que d'une simple recherche bibliographique.

Tout le monde serait satisfait : le cabinet de lecture ou l'éditeur qui étendrait sa clientèle et le médecin, qui, en échange d'une somme modique, serait à même, quand il le désirerait, de consulter tous les travaux scientifiques, ce qui ne lui est guère possible, la plupart du temps, en province. »

Les *Comités* et l'*Assemblée* ont décidé que le désir exprimé par M. Lardier méritait d'être pris en considération s'il ne s'agissait pas d'une Bibliothèque roulante, mais de conditions de faveur à obtenir d'un cabinet de lecture procurant les ouvrages médicaux ou autres. Le *Concours* se bornerait à rechercher ces conditions favorables. Quant aux Editeurs, il a été reconnu que leur intérêt était de vendre et non de donner en location leurs ouvrages; que, par conséquent, on ne pouvait songer à s'adresser à eux.

Nous rappelons, à ce propos, que nous avions déjà fait choix d'une maison dont nous avons longtemps donné l'adresse. Elle devait avoir la mission de faciliter à nos lecteurs, l'achat et la vente *d'ouvrages rares et curieux*. Si nous n'avons pas persévéré, cela tient uniquement à ce qu'on s'est généralement contenté de lui réclamer son *Bulletin bibliographique*. Il nous avait semblé cependant qu'il y avait là une lacune à combler, le médecin ayant ordinairement le goût et les aptitudes du Bibliographe et de nombreuses occasions pour faire de précieuses trouvailles.

M. le Dr MARTINET *(de Villeneuve, Aube)* désire : 1° arriver à connaître exactement le nombre des médecins de France; 2° arriver à fixer, en moyenne, le nombre de malades que chaque médecin peut soigner, afin de constater si l'encombrement médical existe réellement et, enfin, faire connaître aux étudiants notamment cet encombrement, pour les empêcher de suivre la carrière de la médecine.

Les *Comités* et l'*Assemblée* sont unanimes à reconnaître que cette question relève de la confection de l'Annuaire. Quant à l'encombrement, l'enquête faite par le *Concours médical* en 1881, en a démontré l'existence, en démontrant également l'insuffisance générale des honoraires.

M. le Dr BARAT-DULAURIER formule ainsi ses propositions :

« Peut-être serait-il utile d'examiner en Assemblée la mise en pratique d'une idée émise par un de nos confrères le Dr Boniface *(de Thénoise)*, à savoir : *la création de conférences qui seraient faites près des Facultés et écoles secondaires, pour initier les jeunes confrères aux devoirs de la profession : un véritable cours de déontologie*.

« Ce serait, à mon avis, le moyen d'assurer, dans un avenir prochain, le triomphe complet des idées du *Concours* ».

« Il me paraîtrait utile aussi de répandre, à profusion, le journal parmi les jeunes gens des écoles. C'est pour eux surtout que nous travaillons, puisqu'ils sont appelés à bénéficier du fruit de nos efforts. Il est bon qu'ils sachent ce qu'on fait pour eux et ce qu'on attend d'eux. »

Les *Comités* et l'*Assemblée* décident qu'il sera fait appel à un médecin qui voudrait, chaque année, en quelques conférences, professer ce *Cours de Déontologie*.

Quant au deuxième point, on reconnaît que le prix d'abonnement pour les étudiants; le service gratuit du journal dans les services d'internat; la faculté pour les membres du *Concours* de réclamer l'envoi gratuit du journal aux étudiants sur la fin de leurs études, sont des mesures qui répondent au désir de M. Barat-Dulaurier.

IV

REQUISITION POUR LE SERVICE MILITAIRE DE SANTÉ.

A M. le Dr Pollet.

Mon cher confrère,

Je n'ai pas l'honneur de vous connaître et cependant je viens demander de répondre à votre lettre du *Concours* du 17 septembre 1882, parce que j'y vois un enseignement pour les confrères.

Avouez que le 30 juin vous avez été heureux de recevoir cette sorte de *réquisition* du maire de votre ville, sans quoi vous eussiez répondu de suite.... que par exemple, il vous était impossible de négliger votre clientèle pour faire ce service essentiellement du ressort du service hospitalier.

Si vous aviez tout simplement décliné cet HONNEUR et que les autres médecins vous eussent imité, un pas sérieux eût été fait dans l'intérêt de nous tous.

Peut-être il y aurait eu une amende! mais après tout, il faut savoir semer pour récolter.

Malgré la réponse qui vous est faite par le journal, moi, avec seulement le bon sens, je ne connais ni ne veux connaître la loi, je dis qu'on ne peut forcer un médecin à soigner des malades, même des soldats. Excepté, bien entendu, pendant un jour ou deux. c'est-à-dire juste le temps nécessaire à l'arrivée d'un médecin militaire (pour le cas).

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU.

I

Stomatite de l'hydroa ou hydroa buccal.

Tel est le titre d'un article publié par le Dr Quinquaud (médecin des hôpitaux) dans les *Annales de Dermatologie* de mai 1882.

Cette affection, bien différente de l'herpès, se montre surtout dans le cas d'hydroa intense généralisé. Elle comprend quatre périodes.

1° période érythémateuse,
2° — érythémato-phlycténoïde,
3° — exulcération,
4 — réparation.

L'aspect de cette dermatose varie avec la région.

Le début s'annonce par des taches d'érythème couleur lie de vin ou rouge cerise. Cette période ne dure que quelques heures, et fait place à la seconde phase de l'éruption caractérisée par « un soulèvement des couches superficielles de la muqueuse qui aboutit tantôt à un exsudat superficiel muco-fibrineux, tantôt mixte séro-fibrineux. Ces exsudats sont toujours à la surface, de peu d'épaisseur, ne formant pas de stratifications comme dans la diphtérie, ni d'accumulation comme dans le muguet ».

C'est alors qu'apparaissent les vésico-phlyctènes, les unes contenant des éléments liquides, les autres des éléments solides.

La période d'exulcération s'annonce par la destruction de l'épithélium et par l'apparition de plaques opalescentes de formes différentes, à peu près semblables à des plaques muqueuses.

Après quelques jours, la réparation commence par la résorption des exsudats et, peu à peu, la cicatrisation se fait; mais la trace de l'éruption se montre encore quelques mois après sous forme des macules.

Pendant tout le temps que dure l'éruption, les malades éprouvent des symptômes douloureux, de la gêne pour la mastication.

M. Quinquaud trace ensuite le diagnostic différentiel des éruptions qui ont quelques analogies avec l'hydroa buccal; et, parmi celles-ci, les syphilides sont celles qui présentent la plus grande analogie; néanmoins la douleur, presque nulle dans ces dernières, suffirait à les différencier de l'hydroa buccal, si l'on n'avait pas d'autres signes plus certains dans la lenteur de la marche avec les syphilides, tandis que l'hydroa a les allures plus rapides.

La *stomatite ulcéro-membraneuse* est remarquable par ses plaques jaunes accompagnées de ptyalisme, de fétidité de l'haleine et d'adénites sous-maxillaires, signes qu'on ne rencontre pas avec l'hydroa.

Les *aphtes* sont une affection toute locale, tandis que l'hydroa buccal, (et c'est selon moi, le signe le plus important que donne M. Quinquaud) n'existe qu'avec une éruption d'*hydroa généralisé.*

Le traitement consiste dans des gargarismes, des pulvérisations émollientes ou légèrement aromatisées.

II

Deux observations de nævus zoniformes lisses, l'un pigmentaire, l'autre vasculaire.

M. Barthélemy, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, a observé dans le service du professeur Fournier deux cas de nævus, l'un *vasculaire*, l'autre *pigmentaire.*

Le premier *nævus vasculaire* en rapport avec le plexus brachial gauche a été observé chez un homme de trente-trois ans. Ce nævus couleur lie de vin, ne faisant aucune saillie sur la peau, commençait au niveau des articulations chondro-sternales gauches, remontait le long de la clavicule jusqu'à la naissance du cou, suivait le bord antérieur du trapèze, occupait l'épaule tout entière, la paroi antérieure de l'aisselle et le tiers supérieur du bras; de là, le nævus descendait par ilots séparés et disséminés jusqu'à la main, où on le remarquait sur l'éminence thénar, sur la face dorsale du pouce et de l'index, et la moitié externe du médius.

En résumé ce nævus s'observait sur les branches du plexus brachial et sur le trajet du radial. M. Fournier lui donne le nom de *nævus zoniforme.*

L'autre malade, âgé de seize ans, d'un tempérament lympathique, couvert d'éphélides et de taches rousses lenticulaires était, de plus, atteint d'un ecthyma strumeux simple superficiel sur les jambes et sur les avant-bras, consécutif à une rougeole. On observait en outre, sur la fesse gauche, une tache pigmentaire large comme la paume de la main; une seconde partant exactement de la gouttière vertébrale remonte en suivant le trajet des trois nerfs intercostaux jusqu'à la moitié inférieure de l'omoplate, et se termine dans l'aisselle où elle couvre une étendue de vingt centimètres; de ce point, elle repart en contournant le tronc pour se terminer sur la partie médiane de l'appendice xyphoïde! Cette anomalie pigmentaire a reçu le nom de *nævus pigmentaire lisse zoniforme.*

Ces deux faits extrêmement interessants fournissent encore une preuve des relations qui existent entre les altérations cutanées et les affections du système nerveux.

Doit-on, dans ces deux cas, voir une altération des nerfs sur le trajet desquels sont placés les nævi ? Evidemment non. Mais qui est-ce qui enpêche de supposer qu'à un moment de la vie fœtale les rameaux nerveux et le département de la moelle d'où ils émergent aient été le siége d'un processus morbide qui s'est fait sentir jusqu'aux vaso-moteurs, et dont la conséquence a été un nævus sanguin dans le premier cas, un nævus pigmentaire dans le second.

III

Syphilis du cœur.

Le Professeur Teissier, de Lyon, a observé au

mois de mars dernier, un cas de ce genre dans son service l'Hotel-Dieu de Lyon.

Les faits de *Syphilis du cœur* sont assez rares (20 à 22 cas au plus dans la science); mais, dans le cas actuel, les lésions syphilitiques ont été constatées à l'autopsie, et contrôlées par l'examen microscopique.

La malade qui fait le sujet de l'observation était une fille publique de Lyon; elle était entrée à diverses reprises dans les services de l'Antiquaille, pour des affections vénériennes, et en dernier lieu, en 1879, pour des plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais.

L'observation ne mentionne pas, cependant, le début de la syphilis. Quoi qu'il en soit, depuis le mois de decembre 1879 jusqu'au 14 mars 1882, les visites qu'elle subit au dispensaire ne firent reconnaître aucune trace de syphilis. Mais ce jour-là, après son dîner, elle fut prise de coliques et d'oppression qui la forcèrent à se mettre au lit. Bientôt la dyspnée s'accrut, des symptômes d'asystolie se montrèrent, et on l'admit d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain l'asphyxie se montrait et elle ne tarda pas à succomber.

L'autopsie fit découvrir les lésions suivantes situées dans le ventricule droit. Le tissu musculaire avait disparu dans sa moitié supérieure et n'était plus représenté que par un tissu blanc grisâtre, dur, criant sous le scalpel, montrant à la coupe des petites masses blanches, laiteuses, du volume d'une lentille et se distinguant nettement des tissus environnants. Semblables lésions s'observaient sur le pilier de la valvule tricuspide, sur la paroi postérieure du ventricule droit et sur la cloison.

Les reins étaient également atteints par la syphilis; les lésions consistaient en un aspect granuleux de leur surface et, çà et là, des dépressions de 1 à 2 millim. dues à des tractus fibreux situés dans les espaces interlobulaires. Ces tractus fibreux n'étaient autres que des gommes passées à l'état scléreux; car on en voyait d'autres à la période de ramollissement, entre les tubes du rein.

La mort a été causée par l'état des parois du cœur qui avait perdu toute puissance contractile et avait produit de l'asystolie.

IV

Syphilis pulmonaire. (Ann. de dermatologie Mai 82).

Ce fait de syphilis pulmonaire est dû au Dr Cube (de *Menton*) qui l'a observé sur un homme de 34 ans, Russe d'origine, qu'on avait soigné pour une phthisie pulmonaire.

Pendant plusieurs années. le malade souffrit « d'un catarrhe bronchique et laryngé avec expectoration de crachats visqueux ». Mais en 1878, son état s'aggrava, la fièvre se montra, et l'expectoration changea de nature, présenta une mauvaise odeur en même temps, qu'elle consistait en « morceaux de la grosseur d'un pois à celle d'une fève ».

C'est en cet état qu'on l'envoya à Menton. A son arrivée le malade, d'une apparence assez vigoureuse, fut examiné par le Dr Cube, qui constata une toux sèche, une aphonie complète. Les crachats blancs jaunâtres étaient composés « de débris de muqueuse, de corpuscules de pus, de fibres élastiques cassées et d'épithélium pulmonaire ».

Comme symptômes généraux : température de 38° à 39°; inappétence, insomnie, sueurs abondantes.

L'auscultation ne fit rien découvrir au sommet des deux poumons. Mais à l'angle inférieur du scapulum droit, la percussion dénotait de la matité dans une étendue large comme la main, et l'auscultation des râles légèrement sonores à moyennes et à grosses bulles.

Rien au cœur.

Foie, lobe gauche hypertrophié.

L'examen au laryngoscope fit constater que la muqueuse était un peu tuméfiée et d'une manière uniforme. « Ulcérations, petites, superficielles, légèrement purulentes et disséminées. »

Le repli interarytéuoïdien présentait des condylomes de trois à quatre millimètres de hauteur, légèrement ulcérés. Papules muqueuses sur le ligament droit. Ulcérations superficielles d'une des cordes vocales.

Ce malade marié, et père d'une fille de sept ans bien constituée, avait eu le chancre en 1870, c'est-à-dire neuf ans avant son mariage. Le chancre avait été suivi des accidents syphilitiques habituels : roséole, plaques muqueuses; croûtes dans les cheveux etc.

En présence de ces indications, le Dr Cube commença par relever les forces du malade à l'aide des toniques et de l'iodure de fer. Le traitement fut commencé le 17 janvier 1879, trois jours après, l'état général était devenu plus mauvais, les sueurs étaient plus abondantes, la température atteignait 40°.6; en outre, le malade rendit par l'expectoration des « masses à surface désagrégées, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, rondes ou ovales. » A la suite de cette expectoration, le malade se trouva beaucoup soulagé: en même temps la toux diminua. Le 12 février, les mêmes symptômes se reproduisirent, et l'examen microscopique fit reconnaître la nature syphilitique des masses expectorées.

On soumet alors le malade aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium qui amenèrent rapidement une amélioration notable. Le malade quitta Menton au mois de mai : la voix était revenue et l'état général aussi bon que possible.

Au mois d'août, il fut pris de fièvre, d'hémoptysie et d'inflammation pulmonaire circonscrite qui disparut à la suite de quarante frictions mercurielles; depuis cette époque, sa santé est toujours restée aussi bonne que possible.

Cube insiste beaucoup, dans son observation, sur le siège particulier de la lésion syphilitique du poumon, c'est-à-dire *l'angle inférieur du scapulum droit* qui, pour Fournier et Granvillier, est le siège de prédilection de la syphilis pulmonaire.

Cette observation est d'un enseignement précieux et met en pleine évidence l'adage latin :

naturam morborum curationes ostendunt; il en découle forcément ce précepte : toutes les fois que, sur un malade adulte, on assiste à une explosion de symptômes pulmonaires graves, il faut, avant tout songer à la syphilis ; et, comme conclusion, un adulte, atteint de symptômes pulmonaires, mais ayant eu la syphilis peut, dans l'immense majorité des cas, espérer une complète guérison.

(*A suivre*). Dr Armand RIZAT.

VARIÉTÉS

EXTRAITS DE LA BIBLIOTHÈQUE D'UN NOMMÉ GEORGIO PHILIPPO PLATZ, 1719.

Ce que doit être le médecin. — Le but d'un médecin zélé doit être d'abord, de bien examiner son malade, afin de reconnaître la maladie, ensuite de prescrire le remède approprié. Il est bien entendu que, pour cela, il doit suffisamment connaître le corps humain et sa vie naturelle pour qu'il puisse savoir ce qui peut être utile ou nuisible, répugnant ou agréable. En outre, il doit être assidu, visiter le patient à des moments déterminés aussi longtemps qu'il sera nécessaire ; car la situation peut changer, et de nouvelles souffrances peuvent s'ajouter à la maladie principale. Sans parler d'une foule d'autres qualités indispensables, la patience sied beaucoup au médecin ; par exemple, quand les médicaments ne font pas l'effet qu'ils devraient, ou que la maladie n'est pas aussi vite remplacée par la santé que l'on pourrait le souhaiter. Il est fort douteux que l'on trouve ces vertus chez tous ceux qui exercent l'art de guérir, même en cherchant. Voir *charlatanaria medicorum*.

Du chirurgien de régiment. — Il doit avoir, aux frais du corps, une caisse garnie de bons médicaments et de tous les instruments dont il pourrait avoir besoin. Dans le cas douteux, il devra prendre des conseils auprès du médecin militaire. Zélé et prévoyant, il aidera de ses avis les chirurgiens de compagnie et devra s'occuper assidument des blessés.

Du chirurgien ordinaire. — Comme il est obligé, non seulement d'apprêter les soldats une fois par semaine, mais encore de guérir ou panser les malades et les blessés, il devra s'appliquer à deux choses: se vêtir proprement, et *autant que possible*, n'être *pas trop souvent* en état d'ivresse. Il aura aux frais du capitaine, une caisse de campagne, contenant avec des médicaments pour arrêter le sang, prévenir l'inflammation et la gangrène, éliminer les escharres gangréneuses de la bouche, de bons baumes, onguents et emplâtres pour panser les coups de sabre et de fusil. En général, le chirurgien ordinaire servira d'aide au chirurgien de régiment auquel il s'adressera dans les cas douteux. Il sera armé d'un fusil et, pendant le défilé, il marchera devant le capitaine avec un *plat à barbe*.

La médecine est-elle certaine ou incertaine ? Depuis longtemps on reproche au noble art de guérir, d'être établi sur des bases incertaines, et, au premier abord, ce qu'il paraît offrir de plus certain, c'est précisément son incertitude. Cela tient à ce que l'on recherche avant tout la preuve dans les maladies, et que la physique qui est le fondement de la médecine est accusée de n'avoir aucune stabilité. On accordera cependant que la médecine, en fait de précision, passe après les mathématiques qui sont basées sur des axiômes indiscutables. L'opinion du vieil auteur, qu'il qualifie lui-même de bourgeoise et de paysanne, est que la médecine est à la fois certaine et incertaine : certaine, parce que la nature est toujours la même dans ses évolutions, que les différents états de froid, de chaud, etc.. produisent les mêmes effets sur l'organisme humain, enfin que telle ou telle plante, tel ou tel médicament devraient sans faute combattre ces effets et au besoin en triompher ; incertaine, parce que malheureusement l'on n'est pas bien fixé sur l'action de ces substances, et que l'on a de la peine à démêler ces causes ; par conséquent les médicaments sont administrés un peu à l'aveuglette et ne peuvent servir à prouver si l'on est bien ou mal tombé.

« A cette occasion, il faut constater avec tristesse que « quand même le médecin serait tombé juste en ses conclusions et aurait prescrit le remède approprié, il se « trouverait, lui, aussi bien que son malade et ceux qui « appliquent les ordonnances, dans l'incertitude de savoir « si le médicament a été préparé suivant les règles.

« Les pharmacies sont souvent tenues par des gens « ignorants et maladroits, qui, par bêtise ou par malice, « n'apprêtent pas leurs produits selon l'art. Souvent « aussi les pharmacies elles-mêmes se trouvent, contenant et contenu, en très piteux état ; et nous pouvons « dire que nous avons entendu souvent des médecins re- « nommés se plaindre amèrement de ce que les médica- « ments prescrits n'avaient aucune des qualités qu'ils « devaient avoir. L'apothicaire omet d'introduire dans « ses remèdes des substances chères ou même des pro- « duits vulgaires, soit ignorance, soit négligence ; il les « prépare mal, les laisse vieillir ou s'éventer, de sorte « que l'on est forcé d'en avaler longtemps si l'on veut « en ressentir les effets. En somme, il serait bon que « MM. les médecins eussent eux-mêmes de bons médi- « caments, sans cela on ne peut avoir une confiance abso- « lue dans leurs visites. »

Avons-nous fait beaucoup de progrès dans cet ordre d'idées depuis 1719 ? Dr FISCHER

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES.

Procès-verbal de la séance du 27 septembre 1882.

La séance est ouverte à deux heures et demie.

M. le Dr Roulland, président, donne lecture de lettres des confrères Pellevoisin, de Beauvoir-sur-Niort, vice-président Bonnain de Moncoutant et Prouhet, de la Mothe-Saint-Héraye. Ils regrettent que des nécessités professionnelles les tiennent éloignés de la réunion et donnent leur adhésion aux décisions qui y seront prises.

M. le docteur de la Montagne donne, pour des motifs de santé, sa démission de membre du syndicat.

M. le Docteur Ricochon, de Champdenier, se retire présentement du syndicat.

De nouvelles adhésions sont accueillies: ce sont celles des docteurs

Chebrou, de Niort.
Gaillardon, de Chef-Boutonne.
Héliot, de Chef-Boutonne
Foucard, d'Oiron.
Morillon, de Coulonges-sur-l'Autise.

Il est reconnu que le docteur Fayard, de Niort, a été omis sur la liste des premiers adhérents au syndicat, que par erreur, les docteurs Quinemant, de B., et Mi-

conllaud, de Lezay, n'ont pas été invités à la présente réunion. Le secrétaire regrette ces omissions qui, bien qu'involontaires, lui sont personnelles, et le bureau s'engage à présenter à ces confrères des excuses légitimes.

— Lecture est faite des statuts qui sont acceptés définitivement. après les modifications suivantes :

ART. 15.

La chambre syndicale forme, en quelque sorte, un tribunal d'honneur, auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués.

Les membres de la chambre syndicale âgés de moins de quarante-cinq ans, ne pourront faire partie du tribunal d'honneur. Ils seront remplacés par un nombre égal de membres du syndicat choisis parmi ceux qui seront âgés, au moins de quarante-cinq ans, et dont les noms auront été tirés au sort par les membres de la chambre syndicale.

Le tribunal d'honneur, ainsi constitué, devra s'adjoindre deux membres, un nommé par chacune des parties intéressées.

Les décisions sont obligatoires, sauf recours à l'Assemblée générale, qui statue définitivement. Si un premier tour de scrutin, en Assemblée générale, n'a pas réuni les deux tiers des voix des membres présents, un second tour de scrutin aura lieu dont la décision, à la majorité relative, sera exécutoire.

L'article sur la Déontologie est supprimé.

ART. 19.

Il y aura, chaque année, deux réunions générales, l'une à Niort, l'autre, à tour de rôle, dans chacun des arrondissements du département: l'une sera tenue en mai, l'autre en octobre.

— Suivant l'ordre du jour, on procède à la nomination du bureau syndical.

Les pouvoirs du bureau provisoire sont maintenus.

Sont nommés syndics, les docteurs Gaillard, de Parthenay, et Boudard, de Sauzé-Vaussais.

Le BUREAU pour l'année 1882-83, est donc ainsi constitué :

MM. les docteurs ROULLAND *président*.
— PELLEVOISIN, *vice-président*.
— BÉRANGER, *secrétaire-trésorier*.
— GAILLARD *Syndics.*
— BOUDARD, —

— La discussion s'engage sur les rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels, les pouvoirs publics, etc.

Des débats, il résulte que, dans bien des circonstances, il faut tenir compte des situations acquises, qu'une ligne de conduite uniforme ne peut convenir en face des variétés de cas et ds positions qui peuvent se présenter.

On conclut donc que, subordonnant chaque décision à prendre à chaque circonstance, on s'en tiendra aux articles 16, 17, 44, 45 des statuts du syndicat,

— Plusieurs confrères abordent ensuite l'importante question de l'exercice illégal de la médecine par prêtres, sœurs, pharmaciens, etc.. chacun a son ou ses histoires : il en résulte un vaste chaos. — Une décision est prise d'après laquelle chaque membre syndiqué est prié de réunir en un cahier, d'ici la prochaine réunion (mai prochain), le plus grand nombre de faits, autant que possible avec preuves ou temoignages à l'appui. De cet ensemble doit sortir un vaste plaidoyer qui permettra à la chambre syndicale, de poursuivre, près des autorités, une ou plusieurs justes revendications et défendre ainsi plus encore la cause de la santé publique que nos propres intérêts.

Enfin ces membres syndiqués acceptent de signer une adresse près les sénateurs et députés du département dès qu'il sera question, dans les sphères gouvernementales, de reviser la loi, si ancienne, qui nous régit encore actuellement.

Un banquet réunit ensuite les membres présents qu se séparent, vers les huit heures, heureux des sentiments de bonne confraternité, et d'entente qui se sont produits en cette journée et se promettent bien de sei trouver tous réunis à Parthenay, en mai prochain, pour continuer l'œuvre, si bien ébauchée aujourd'hui.

Membres du syndicat médical des Deux-Sèvres au 20 octobre 1882.

Drs Béranger	de Niort
Bocquet	—
Bodeau	—
Bonnain	Moncoutant
Boudard	Sauzé-Vaussais
Carre	Saint-Maixent
Chebrou	Niort
Dupont	Saint-Hilaire-la-Palud
Fayard	Niort
Foucard	Oiron
Gaillard	Parthenay
Gaillardon	Chef-Boutonne
Granet	Saint-Maixent
Héliot	Chef-Boutonne
Martineau	Niort
Martineau	Coulonges-sur-l'Autise
Morillon	Coulonges-sur-l'Autise
Pellevoisin	Beauvoir-sur-Niort
Pillet	Niort
Prevost	Menigoute
Prouhet	La Mothe-Sainte-Héraye
Rouland	Niort
Senobbe	Champdeniers
Ygonin	Benet (Vendée).

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'informer nos lecteurs de la mort prématurée de M. le Dr Adolphe *Masson*, membre du *Concours médical*, médecin de l'établissement hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse).

M. Masson, ex-interne des hôpitaux de Lyon, maire de Carpentras, a honoré toutes les fonctions publiques médicales et politiques qui lui ont été confiées. M. le Dr Cavaillac a prononcé son oraison funèbre et s'est fait l'interprète de ses nombreux amis. Il a rappelé le *Rapport sur les honoraires médicaux*, si rempli de dignité et de réserve dû à la plume de notre regretté confrère, décédé à l'âge de 52 ans.

Ce sera rendre un hommage à la mémoire de notre regretté confrère que d'en reproduire prochainement quelques extraits.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. DÉCEMBRE, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

11 Novembre 1882 — 4me Année. — N° 45

SOMMAIRE

BULLETIN

L'Académie de médecine continue à s'occuper de l'épidémie de fièvre typhoïde qui vient de régner à Paris, mais qui a atteint actuellement sa période de décroissance.

M. *Proust* reconnaît que, dans les grands centres, il y aura toujours, quoi que fasse la civilisation, une place considérable pour la misère. Ce n'est pas une raison pour ne point opérer, dans la mesure du possible, toutes les réformes et toutes les améliorations praticables. Le Conseil d'hygiène a donc eu raison d'accepter la situation telle qu'elle est, et de publier des instructions qu'il savait parfaitement n'être pas applicables pour tout le monde. D'ailleurs, quand on a parlé d'isolement des malades, il est clair que l'on n'a pas eu en vue, pour la fièvre typhoïde, un isolement aussi rigoureux que le demanderaient la variole, la diphthérie ou le choléra; ce que l'on a voulu dire, c'est qu'il fallait éviter l'encombrement des hôpitaux et disséminer les malades.

En somme, ce qui manque le plus en France, c'est l'organisation de l'hygiène; le grand défaut est qu'il n'existe pas d'intermédiaire compétent entre les sociétés médicales et les pouvoirs administratifs, et que ces derniers présentent en outre un fâcheux enchevêtrement de services. Quant au Conseil de salubrité, ce Conseil, comme les comités consultatifs, n'est consulté que quand la maladie est arrivée à son apogée. Il en est de même des médecins des épidémies qui ne sont envoyés par les préfets que lorsque l'épidémie est déjà nettement accentuée. Or l'hygiène, comme on l'a définie, est la médecine préventive ayant pour but de prévenir les épidémies, et c'est avant et non après leur apparition qu'il faut prendre les mesures. En science épidémiologique, comme en droit pénal, il vaut mieux prévenir que réprimer.

M. Proust montre la supériorité de l'organisation de l'hygiène en Belgique, où, lorsqu'un cas d'affection contagieuse est signalé par un médecin, l'administration en est immédiatement informée et prend aussitôt les mesures nécessaires ou instruit le bureau d'hygiène.

Il est nettement établi par la statistique que, depuis six ans, la moyenne des décès par la fièvre typhoïde comparée à ceux des années précédentes, a diminué de près de moitié à Bruxelles, où l'organisation hygiénique est bien comprise, tandis qu'à Paris la mortalité typhoïde a augmenté dans des proportions considérables.

Cependant le service pour empêcher la propagation des maladies infectieuses serait extrêmement simple; les mesures préventives se réduisent à quatre:

1° Information officielle des cas de maladie constatés;

2° Vaccination s'il s'agit de variole;

3° Isolement, comprenant l'isolement à domicile, le transport par voiture spéciale; l'isolement à l'hôpital, soit dans un hôpital général, soit dans un hôpital spécial;

4° Désinfection du malade, de ses déjections, des

locaux qui l'entourent, des objets qui l'ont touché, enfin des personnes qui l'approchent.

En somme, dit M. Proust, ce qui est nécessaire pour avoir une organisation hygiénique convenable, c'est un pouvoir compétent, autonome, ayant la direction avec la responsabilité, soustrait aux fluctuations de la politique, en rapport direct avec les autorités municipales (conseils élus, maires) ou avec le ministre et le Parlement, comme pour le *Local Government board* en Angleterre. Ce vœu, d'ailleurs, a été formulé par plusieurs Sociétés savantes et par des Congrès internationaux.

Malheureusement, en France, le pouvoir n'a guère à s'occuper de la santé publique, que lorsqu'une épidémie est en pleine évolution. La Chambre des Communes d'Angleterre et le Reichstag allemand consacrent plusieurs journées de leur session à discuter le budget et l'organisation des services sanitaires. N'y aurait-il pas là un exemple à suivre pour le Parlement français? Mais, pour que cette organisation produise des résultats féconds, il faut des agents spéciaux et compétents à tous les degrés de la hiérarchie et surtout des médecins ayant reçu une éducation sanitaire spéciale.

Tant que cette organisation n'existera pas, nous verrons se reproduire des faits aussi déplorables que ceux que nous constatons aujourd'hui. Il n'y aura que des mesures incohérentes, sans liaison aucune, et l'hygiène, la médecine préventive, qui est une des branches les plus importantes des sciences médicales, continuera à être ignorée d'un grand nombre de médecins.

M. *L. Collin* ne fait pas difficulté d'avouer que le système actuel de casernement des troupes est défectueux. On a le tort d'entasser trop d'hommes dans un espace trop restreint, de construire des casernes dans les quartiers populeux, de ne pas fournir au soldat la quantité d'air et d'eau dont il a besoin, d'établir des latrines incommodes et forcément malpropres, avec des fosses d'aisance qu'on ne vide pas assez souvent. Néanmoins, l'orateur affirme que, dans l'épidémie actuelle, la garnison ne doit pas être mise en cause : elle n'a fait, comme le restant de la population, que payer son tribut à l'épidémie.

En résumé, un fait important ressort avec évidence de toute cette discussion, c'est la nécessité qu'il y aurait à enlever à l'administration tout ce qui concerne l'hygiène publique pour le concentrer entre des mains médicales plus compétentes et plus actives. La création d'une *Direction de la santé publique* paraît s'imposer actuellement à tous les esprits : nous n'insisterons pas sur ce point que notre confrère et ami Gassot a traité, il y a quelque temps; rappelons seulement que le secrétaire de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a fait sur cette question un important rapport qui a été renvoyé aux ministres intéressés.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS.

Tous les traités relatifs aux maladies de l'enfance contiennent un chapitre étendu sur les convulsions. Comment se fait-il pourtant que plus d'un jeune médecin, ayant lu attentivement le chapitre en question dans plusieurs ouvrages classiques, se soit trouvé réellement embarrassé, au début de sa pratique, lorsqu'il s'est vu appelé au chevet d'un enfant atteint de convulsions ?

Il a pu lui arriver alors de laisser paraître dans sa conduite ou son langage des hésitations fort préjudiciables à son prestige auprès des clients, car l'état morbide qui va nous occuper aujourd'hui est de ceux qui inspirent une vive frayeur aux familles; elles savent un gré extrême à celui qui peut, en pareil cas, soulager le petit malade, découvrir la cause de son mal et en prévoir la durée ; par contre, elles ne pardonnent pas qu'on les ait alarmées prématurément ou rassurées à tort, et, si des parents consentent encore à admettre que le diagnostic ou le pronostic soient provisoirement suspendus, c'est à la condition seulement que le traitement ne paraîtra pas être influencé par les incertitudes pathogéniques, qu'il sera institué avec suite et résolution et, qu'en un mot, la pratique ne souffrira pas des restrictions scientifiques.

Pour notre part, ayant éprouvé l'embarras dont nous parlons, nous croyons pouvoir l'attribuer à la manière trop didactique et trop schématique dont sont exposées en général, dans nos traités de pathologie, les considérations relatives à l'éclampsie infantile.

Nous avons donc entrepris aujourd'hui, non pas de rien *ajouter* à ce que les plus récents auteurs ont dit au sujet des convulsions, mais *d'exposer autrement* les faits, en envisageant méthodiquement les différentes données qui peuvent permettre au jeune praticien de résoudre ce problème : être utile au petit malade sans mécontenter son entourage.

I

Deux cas doivent être envisagés. On est appelé près d'un enfant pendant l'attaque de convulsions

et l'on arrive assez à temps pour en suivre les diverses phases; — ou bien on arrive, quand les convulsions sont passées, et l'on n'a plus, pour reconstituer le diagnostic, que les commémoratifs plus ou moins précis de la famille.

Dans le premier cas, on nous demande de faire cesser le plus tôt possible le spectacle si douloureux et si terrifiant des mouvements convulsifs qui agitent le petit malade; nous sommes en présence de la thérapeutique d'urgence. Celle-ci n'exige pas aussi impérieusement la certitude du diagnostic que la thérapeutique préventive de nouveaux accès qui nous est demandée dans le second cas.

Parlons donc de la conduite à tenir dans la première éventualité.

Aussitôt arrivé près d'un enfant en proie aux convulsions, vous commencez, avant toute enquête, par prendre l'enfant dans son berceau ou aux bras qui le tiennent, et vous le placez sur un grand lit; vous le déshabillez vous-même complètement, ce qui vous permet, tout en vous donnant une contenance vis-à-vis des assistants anxieux, de faire plusieurs constatations utiles et d'analyser du regard les phases successives de l'attaque.

Les constatations que vous faites sont relatives d'abord à la manière dont l'enfant était emmailloté; vous vous souvenez des cas cités par tant d'épingles restées dans les langes ou d'aiguille piquée par mégarde dans le bonnet d'un petit enfant.

Puis vous vous assurez de l'*état de la peau*; est-elle chaude et sèche comme au début des maladies fébriles? Est-elle au contraire froide et couverte de sueurs visqueuses comme dans certaines intoxications? — N'est-elle pas le siège d'éruptions, eczéma étendu, excoriations douloureuses? Ne présente-t-elle pas la trace de brûlure récente, de vésicatoire trop grand ou mal pansé? — M. Jules Simon en vit un, certain jour, qui s'étendait transversalement d'une épaule à l'autre et verticalement du cou à l'ombilic et que l'on avait laissé en place pendant douze heures.

Tout en examinant ainsi les téguments et la surface du corps, le médecin suit les péripéties si rapides du drame convulsif.

Le tableau descriptif *de l'attaque d'éclampsie* infantile a été tracé de main de maîtres par Rilliet et Barthez. — Ils ont décrit le regard d'abord fixe et comme épouvanté; les globes oculaires agités de mouvements saccadés et dirigés en haut sous la paupière supérieure de sorte que, le blanc étant seul visible, le facies revêt un aspect caractéristique et effrayant; puis les diverses combinaisons du strabisme. — Simultanément les contractions désordonnées des muscles du visage et surtout de ceux qui s'insèrent au pourtour de la bouche engendrent les grimaces les plus étranges; souvent une légère écume couvre les lèvres, quelque peu sanguinolente, si l'enfant, déjà pourvu de dents s'est mordu la langue; il peut y avoir du trismus et des grincements de dents. — La tête tend plus souvent à se renverser en arrière qu'à subir un mouvement de rotation qui porte la face vers l'une des épaules. — Les membres supérieurs sont généralement plus convulsés que les inférieurs par des mouvements alternatifs de demi-flexion et de demi-extension, de pronation et de supination, les doigts étant fléchis avec raideur sur la paume des mains. — Dans les muscles du tronc on n'observe d'ordinaire que la rigidité tonique, et, quand les muscles laryngiens sont aussi convulsés, chaque inspiration détermine un bruit tout spécial. Dans les crises violentes, une petite quantité d'urine ou de matières fécales peut s'échapper des réservoirs. La connaissance est abolie, la sensibilité est nulle.

Les pupilles, d'abord contractées, se dilatent. Le visage est violacé, couvert de sueur; la tête, brûlante; les extrémités, froides, le pouls accéléré, très petit, rendu difficile à compter par les contractions musculaires et les soubresauts des tendons. Puis l'attaque se termine par une période de stertor très courte, et l'enfant revient à lui de suite ne conservant qu'un peu de fatigue et d'assoupissement; ou bien il reste plongé dans le coma jusqu'à l'apparition d'une nouvelle attaque.

Tel est l'ensemble du syndrôme éclamptique; auquel on peut théoriquement attribuer, comme à l'épilepsie vraie, les trois stades tonique, clonique et stertoreux, tout en sachant que, le plus souvent, les phases y sont bien moins réglées; ainsi la grande contraction tonique du début manque habituellement; un mélange de *tonisme* et de *clonisme* (Baumes), sous forme d'accès qui se succèdent à plusieurs reprises et s'enchevrêtent sans régularité, accompagné d'une *perte de connaissance* constante, mais parfois incomplète et très courte, voilà la formule vraie de l'éclampsie des nouveau-nés.

L'observateur a dû noter soigneusement certains détails qui pourront tout à l'heure être utiles à son diagnostic.

Les mouvements cloniques ont-ils été généralisés d'emblée! Ont-ils débuté par un seul membre ou un seul côté du corps? — Ont-ils prédominé constamment d'un côté? — La perte de connaissance a-t-elle été immédiate, ou a-t-il existé une sorte d'aura prémonitoire? — L'accès terminé, la résolution musculaire est-elle complète? N'existe-t-il pas de contracture persistante des mâchoires, de la nuque, des doigts, — ou, au contraire, quelque paralysie d'un membre, un degré quelconque de strabisme, de ptose palpébrale ou de déviation de la bouche?

Voilà tout ce qui doit avoir préoccupé le médecin pendant le court espace d'un accès qui n'a guère duré en tout qu'une demi-minute à une minute au plus.

II

Sans plus tarder il convient d'instituer le TRAITEMENT DE L'ATTAQUE. « Commencez, dit M. Jules Simon, si compétent dans les questions de thérapeutique infantile (1), par administrer vous-même un lavement composé d'un verre et demi

(1) Gazette des hôpitaux. 1882.

d'eau tiède et d'une cuillerée à dessert de sel, ou de trois à quatre cuillerées à bouche d'huile à manger ou bien encore de glycérine ou de miel, toutes choses que vous avez généralement sous la main. Si je vous conseille de donner vous-même co lavement, c'est que le plus souvent parents et nourrice ont perdu la tête. L'enfant évacue et urine un peu. Si la bouche s'entr'ouvre médiocrement, vous essaierez de titiller la luette avec les barbes d'une plume, les poils d'un pinceau pour amener des vomissements; s'ouvre-t-elle suffisamment, vous administrerez un vomitif qui débarrassera l'estomac — le plus souvent cause des convulsions — des aliments qui n'ont pu être digérés. »

Ce premier essai thérapeutique découle logiquement de la connaissance de ce fait que la plupart du temps, surtout chez les enfants de deux à trois ans, la cause de l'éclampsie réside dans une perturbation des fonctions de l'estomac ou de l'intestin. — Une *indigestion* suffit pour faire naître des convulsions d'une extrême violence comme dans le cas de cette négresse dévouée qui avait donné à son nourrisson une parcelle des marrons grillés qu'elle mangeait; un vomitif administré, le morceau de marron expulsé, l'enfant fut guéri. — Tout autre trouble des voies digestives, la *dyspepsie*, la *diarrhée* séreuse, la *lientérie* des saisons chaudes, n'importe quelle entérite aussi bien que la *constipation* ou la présence de *vers intestinaux*, sont parmi les causes les plus habituelles.

Mais revenons à notre ligne de conduite.

« Si l'attaque continue, ayez de l'éther ou du chloroforme, ce dernier de préférence, versez-en sur un mouchoir et faites-en respirer largement à l'enfant pour calmer son système nerveux ; si la convulsion reparaît, vous y recourez de nouveau.

« Les accès qui s'étaient calmés sous l'influence de ces moyens viendraient-ils à se répéter, préparez un bain auquel vous ajouterez de la farine de moutarde, plongez-y vous-même l'enfant, sans crainte, comme l'a dit à tort Trousseau, de rappeler les convulsions. » En effet, l'enfant pendant la période convulsive ne sentant rien, le bain sinapisé ne peut agir sur ses téguments à titre d'excitant douloureux, et s'il modifie heureusement le fonctionnement des centres nerveux, c'est soit par voie réflexe, soit en dérivant l'afflux sanguin vers les téguments. Ce qui vaut mieux d'ailleurs que toute théorie, c'est la constatation facile à faire dans bien des cas du retour de la connaissance et de la disparition des phénomènes convulsifs pendant l'administration du bain.

Dès que l'enfant revient à lui, vous l'essuyez rapidement et avec soin et vous le mettez dans son lit, quitte à recourir de nouveau et alternativement au chloroforme et au bain sinapisé si les convulsions réapparaissent.

On ne doit tenir l'attaque pour terminée réellement que lorsque l'enfant aura uriné abondamment; la fin de l'état de mal reconnaît habituellement pour phénomène critique une émission copieuse d'urine peu colorée, ayant les caractères de l'urine dite nerveuse, tandis que pendant les convulsions plus ou moins enchevêtrées qui se sont succédées, la fonction urinaire était suspendue.

D'autres moyens ont été préconisés contre l'état de mal.

La *compression des carotides*, à laquelle Trousseau recommandait d'avoir recours en cas d'échec par les autres procédés, doit être pratiquée, d'après Ferez (1), de la manière suivante : « Pour éviter l'enfoncement de la peau sous la pression digitale et la compression du larynx qui en résulte, il faut, avant d'appliquer le doigt compresseur, pincer la peau du cou et la porter en dedans du côté du larynx. Pour éviter la compression de la veine jugulaire qui augmenterait l'hyperémie encéphalique, il faut n'employer qu'une surface limitée pour la compression, un doigt suffit en général : si l'on veut employer plusieurs doigts pour avoir plus de force, il faut les placer l'un à côté de l'autre le long du trajet de l'artère. » (Picot et d'Espine).

Les *émissions sanguines*, saignée du bras ou du pied, sangsues aux apophyses mastoïdes ne trouvent d'indication bien nette que dans deux cas, les convulsions anémiques dans lesquelles le coma est complet dans l'intervalle des accès, les convulsions symptomatiques d'une inflammation aiguë du cerveau ou de la moelle.

Quant aux médicaments, voici les plus employés. Le *chloral* contre-indiqué dans le cas de cyanose, ne doit être manié qu'avec les plus grandes précautions chez les enfants anémiques et affaiblis. Steiner, Monti l'ordonnent à doses fractionnées tous les quarts d'heures ou toutes les demi-heures en se guidant d'après l'âge: Nouveau-nés, 3 à 5 centigr. — nourrissons, 5 à 15 centigr. — de deux à six ans, 20 à 30 centigr. — de dix à douze ans, 40 à 75 centig. L'odeur chloroformique exhalée par l'haleine indique d'en suspendre l'administration.

Les antispasmodiques, en vogue autrefois, *oxyde de zinc, jusquiame, valériane*, pourront être utilisés dans un traitement ultérieur, mais ne suffisent pas dans le traitement de l'état de mal. Grisolle avait grande confiance dans le *musc* (40 centigrammes à 1 gramme en vingt-quatre heures).

Le bromure de potassium possède une bien plus réelle activité (1 à 6 grammes suivant l'âge;) West l'emploi concurremment au chloral.

M. J. Simon prescrit une formule complexe dont les bons effets lui ont été démontrés par l'expérience.

Eau de tilleul	100 grammes.
Bromure de potassium	5 —
Sirop de codéine	5 —
Sirop de fleurs d'oranger	10 —
Musc	5 à 10 centigr.

III

Cependant tout en exécutant les diverses prati-

(1) Gazette des hôpitaux, 1866.

ques énumerées plus haut, le médecin a dû poursuivre une enquête minutieuse sur toutes les circonstances propres à établir un diagnostic définitif concernant la nature et la cause des convulsions.

Il sait l'âge de l'enfant, il s'est fait mettre au courant de son passé pathologique. La santé était-elle parfaite en apparence au moment de l'invasion des convulsions ou bien quelques dérangements soit dans la caractère, soit dans les fonctions digestives avaient-ils été remarqués? On examine la bouche et la dentition, les amygdales, le voile du palais et le pharynx en se rappelant qu'une *dent* qui ne peut percer la gencive, une *angine catarrhale* ou *herpétique* suffisent chez les enfants nerveux pour déterminer des convulsions.

On se préoccupe de la forme de la tête au point de vue de l'*hydrocéphalie*; on percute et on ausculte la poitrine, on palpe l'abdomen. Si le thermomètre a dénoncé une *température centrale élevée*, ou penche en faveur de l'*invasion d'une maladie aiguë* dont les convulsions constituent les prodromes :

Des mouvements respiratoires accélérés, de la toux, un affaiblissement du murmure vésiculaire d'un côté feront songer à la *pneumonie* ; la toux férine, les éternuments, la rougeur pointillée du voile du palais, même en l'absence d'éruption cutanée sont en faveur de la *rougeole*, ainsi que la conjonctivite ; l'angine pultacée fait incliner vers la *scarlatine* ainsi que l'élévation de la température. Il faut s'inquiéter de la vaccination au point de vue d'une *variole* possible, on peut éliminer rapidement certains cas rares dans lesquels la *rétention d'urine*, la *cystite* du col, la présence d'un *corps étranger dans l'oreille*, la compression par un bandage d'un *testicule retenu dans l'anneau* et pris pour une hernie, une *hernie ombilicale*, ont été signalés comme causes des convulsions.

Chez des enfants très jeunes ou appartenant à des familles d'hémophiliques, certaines *hémorrhagies* d'ordinaire insignifiantes ont pu être suivies de convulsions; ainsi la section mal faite du frein de la langue ou l'avulsion d'une dent. On a cité le cas suivant : « Un enfant naît avec une dent un peu branlante, le médecin prend des pinces dans sa trousse, saisit la dent et cherche à l'extraire. Survient aussitôt une hémorrhagie que rien ne peut arrêter; l'enfant est pris de convulsions et meurt. »

Les *fièvres intermittentes*, l'empoisonnement palustre développent parfois chez les enfants des accidents pernicieux : syncope, coma et convulsions.

La notion du *tempérament des parents* et de leur *genre de vie* ne doit pas être négligée. L'éclampsie survient plus aisément chez des enfants dont les parents sont eux-mêmes atteints de quelque affection nerveuse, « chez des enfants débilités et qui vivent dans un milieu alcoolique : il y a des enfants que leurs parents entraînent avec eux au cabaret, et auxquels ils donnent soit pour les tenir éveillés, soit pour les empêcher de crier, soit enfin parce qu'ils en prennent eux-mêmes, des boissons alcooliques, du café, toutes choses qui vont dès lors les prédisposer à des accidents nerveux. » (Simon.)

La prédisposition héréditaire exerce dans certaines familles une influence des plus accusées. Duclos (de Tours) (1) parle d'une femme âgée de trente-six ans qui avait eu jusqu'à l'âge de sept ans de fréquentes attaques d'éclampsie, sœur de dix enfants dont six étaient morts de convulsions et mère également de dix enfants qui tous en eurent.

L'influence de la nourrice peut s'exercer soit indirectement par les troubles digestifs que détermine un lait en quantité insuffisante ou vicié dans sa qualité; — soit plus directement par le fait de l'alcoolisme dont elle peut-être atteinte (2).

Les *intoxications* par le plomb (biberons), les céréales avariées sont rares. M. Parrot a décrit sous le nom de *tétanos de nouveau-nés* des accidents convulsifs liés à l'athrepsie.

Tous ces faits doivent se présenter successivement à l'esprit du médecin quand des causes plus simples lui échappent. Nous pensons bien qu'il a remarqué si l'*aération insuffisante* de la chambre, la viciation possible de l'air par quelque *émanation nuisible*, (parfum pénétrant, vapeur de charbon), — n'ont pas pu agir sur le système nerveux, si susceptible de l'enfant, alors que les grandes personnes qui l'environnaient ne s'en trouvaient pas incommodées.

Ayant éliminé les convulsions initiales des maladies fébriles, nous avons à citer encore celles qui apparaissent dans le cours ou à la fin des autres maladies.

La gravité de ces dernières est bien autrement grande.

Dans la *coqueluche*, la *broncho-pneumonie*, le *croup*, elles sont un indice d'asphyxie; on est de suite averti de l'existence de ces affections, et l'embarras, au point de vue du diagnostic, n'est pas grand, si la signification pronostique est fatale.

A la suite d'une *scarlatine* fruste, *méconnue* ou mal soignée, une néphrite a pu se développer et les convulsions trahissent alors l'*urémie* latente. Mais si on a examiné les urines et qu'on les ait trouvées albumineuses, si un certain degré d'anasarque a été constaté et que le thermomètre dénote un abaissement de température, on portera sans hésiter le diagnostic d'encéphalopathie urémique; le pronostic sera modérément sévère ; si l'enfant survit aux premières vingt-quatre ou trente-six heures, un traitement approprié (régime lacté, purgatifs) permettront de le sauver.

Les convulsions symptomatiques d'une inflammations des méninges, du cerveau et de la moelle se reconnaîtront aux symptômes coexistants. Pour la méningite, l'irrégularité du pouls, de la respiration, les cris hydrencéphaliques, la constipation, le ventre rétracté en bateau, la marche spéciale

(1) Thèse inaugurale, 1847.

(2) Vernay. Lyon médical, 1872. — Charpentier Bull. de la Soc. prot. de l'Enfance, 1873.

de la température sont des éléments de premier ordre.

Il ne faut pas oublier que certaines paralysies spinales atrophiques débutent par un mouvement fébrile et des convulsions: le pronostic est donc toujours à réserver.

IV

Nous avons ainsi tracé la ligne de conduite du médecin lorsqu'il est appelé au moment de la crise convulsive.

S'il n'est mandé qu'après coup, il devra, à l'aide d'un interrogatoire minutieux et d'un examen attentif de tous les appareils, réunir les éléments de son enquête pour asseoir un diagnostic rétrospectif et instituer un traitement préventif des attaques ultérieures. Nous ne saurions entrer naturellement dans l'examen des divers traitements possibles, puisqu'ils devront varier avec les affections si multiples qui ont causé ou accompagné les convulsions symptomatiques.

En ce qui regarde les convulsions idiopathiques ou réflexes, M. J. Simon, contrairement à l'opinion de Trousseau qui paraît avoir eu une crainte exagérée de la médication révulsive, prescrit les jours suivants, si l'enfant est resté nerveux, impressionnable, irritable, d'appliquer à la nuque un petit vésicatoire, long seulement de quatre centimètres sur trois de large, à la condition de le laisser seulement deux à trois heures en place et d'appliquer pendant une heure un cataplasme de fécule.

De plus, on veillera à ce que les préceptes hygiéniques soient sévèrement observés.

L'enfant sera tenu dans une sorte d'isolement, élevé seul à part dans la *nursery* et non plus au salon; on le relèguera dans le silence, dans son petit coin à lui où il puisse se développer physiquement en toute liberté sans que son cerveau soit excité anormalement.

On surveillera avec soin l'état des voies digestives (magnésie, petits lavements, repas du soir léger).

Dès que l'enfant commence à devenir grognon, maussade ou capricieux avec de petites insomnies, on lui administre le soir une petite dose de bromure dans un peu d'eau sucrée ou de tilleul.

On aura grand soin d'interdire les bains de mer, les bains salés, les bains sulfureux, de même que le thé, le café et surtout les liqueurs alcooliques.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LE CONCOURS MÉDICAL ET SA PUBLICITÉ

Monsieur le Directeur, et très honoré confrère,

Veuillez m'excuser de vous demander un éclaircissement que vous avez dû donner cent fois, mais que je n'ai pas trouvé dans les numéros du *Concours* que j'ai reçus à titre gracieux: il s'agit de votre système d'annonces.

Le principe, évidemment je l'admets, je le compare au système ganglionnaire présidant à la vie végétative et permettant par là le fonctionnement plus noble de la vie de relation. Mais jusqu'où lie-t-il les adhérents?

Prenons un exemple. Le *Concours* préconise la source X.; je vous avoue bien franchement que je ne connais pas cette source. Suis-je engagé d'honneur à la prescrire à l'exclusion des autres, de la source Y, par exemple, que je prescris habituellement?

Autre chose. Le Comité d'annonces, ayant à se prononcer sur deux préparations pharmaceutiques similaires, en choisit une; je l'emploie, je l'expérimente, et je m'imagine, à tort ou à raison (l'erreur peut parfaitement venir de mon côté) que cette préparation ne me donne pas les résultats attendus. Eh bien, est-ce que je manque à mon engagement en prescrivant, dans ces conditions, l'autre préparation qui n'a pas été adoptée par le Comité d'annonces?

Vous allez peut-être sourire à ces questions puériles et de peu d'importance. Mais, cependant, il faut bien reconnaître que les nuances sont quelque chose, puisqu'on les accuse de faire tant de divisions dans un autre ordre d'idées!

Je comprends l'observation de la loi relativement aux annonces de la manière suivante: Je choisirai de préférence les produits, les préparations, les spécialités conseillés par le *Concours*, mais avec cette restriction, c'est que je n'aie aucune opinion personnelle, ou d'ordre scientifique, m'enjoignant de faire le contraire.

Depuis la création du *Concours*, c'est le seul point qui m'ait arrêté. Vous voudrez bien, très honoré confrère, me renseigner là-dessus, en me répondant, si c'est ainsi que vous-même comprenez la question.

Vous avez montré tant de dévouement pour la cause commune que, pour une fois encore, vous voudrez bien revenir sans trop d'ennui sur l'endroit douteux.

Recevez d'avance mes remerciements, et en finissant, permettez-moi de vous dire que vous avez en Médoc, un confrère plein de zèle et d'activité pour le succès du *Concours*, le Dr Dupeux, de Listrac; il a dû vous en donner une preuve, en vous envoyant, ces jours-ci, plusieurs adhésions de confrères voisins. C'est encore lui qui a secoué ma torpeur; à l'abri de ce nom, j'espère que ma lettre recevra un bienveillant accueil.

Recevez, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments confraternels.

Dr RABÈRE (*de Pouillac*).

RÉPONSE:

Pour donner satisfaction à vos légitimes scrupules, nous ne pouvons mieux faire, mon cher con-

frère, que de publier votre lettre, parce que le journal doit être l'expression des sentiments qui animent tous les membres de la Société dont il est l'organe.

Les théories qu'on professe et qu'on met en pratique, chaque semaine, depuis quatre ans, devant tout le corps médical, ne peuvent être que des théories avouables.

En réalisant tout ce que nous avons publié depuis 1879, il vous sera facile, très honoré confrère, de vous assurer que les sentiments qui sont les vôtres ont toujours été et seront toujours les nôtres.

Le *Comité d'études des annonces* met tout son soin à n'accepter que des *produits supérieurs* et nous croyons que, jusqu'ici, ses efforts ont été couronnés de succès, il n'est donç pas bien pénible de se conformer à ses indications. Nous allons plus loin, et nous pensons qu'ayant à choisir entre deux ou plusieurs produits similaires d'égale valeur, le membre du *Concours* doit préférer celui qui est adopté par la Société dont il a accepté de faire partie : c'est là *une règle générale* de conduite que tout praticien peut parfaitement s'imposer. Mais le *Concours ne prétend pas* limiter les ressources de la thérapeutique aux produits qu'il annonce, et il peut y avoir telle circonstance particulière, telle opinion personnelle ou d'ordre scientifique qui imposera au médecin un choix différent. *Jamais le praticien ne doit abdiquer l'entière liberté de ses déterminations*. C'est donc à lui seul qu'il appartient, en résumé, de juger quels sont les actes de concours qu'il peut faire dans l'intérêt de notre Société. C'est à lui aussi de savoir si, regardant comme nuls et non avenus les produits dont il n'a pas encore fait usage, il veut s'en tenir à ceux qu'il a l'habitude d'ordonner, uniquement parce qu'il a l'habitude de les ordonner, ou si, au contraire, il ne trouvera pas un véritable avantage à faire varier un peu son choix et à expérimenter les qualités des produits qu'on lui propose.

II.

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE.

La loi Roussel est, nous n'hésitons pas à le reconnaître, excellente dans son ensemble; elle a déjà produit de bons résultats et elle en produirait de meilleurs encore si elle était partout appliquée sérieusement. Malheureusement, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi. Quelles raisons en empêchent le fonctionnement intégral, et quelles mesures pourraient assurer ce fonctionnement? C'est ce que nous nous proposons de rechercher.

La loi impose aux parents, aux nourrices, sevreuses, etc., aux administrations locales et aux médecins, des obligations diverses et concourant au même but. Les parents qui placent leurs enfants au dehors doivent en faire la déclaration à la mairie, pour que notification en soit adressée à celle de la commune où l'enfant est placé. Les nourrices, gardes ou sevreuses doivent, de leur côté, faire une déclaration analogue à leur mairie. Elles doivent, en outre, avant de se charger d'un enfant, fournir un certificat du maire de leur commune et un autre du médecin-inspecteur, constatant leur aptitude à l'emploi de nourrice au sein ou au biberon, de garde ou de sevreuse, et de plus, quand il s'agit de nourrir au sein, l'acte de naissance de leur dernier enfant. Les commissions communales, instituées par la loi de 1874, doivent se tenir au courant par de fréquentes visites de l'état des enfants et des soins qu'ils reçoivent et consigner leurs observations dans les procès-verbaux de leurs réunions mensuelles. Enfin, les médecins inspecteurs sont tenus de visiter tous les enfants en question, *à domicile* :

1° Dans les huit jours qui suivent leur placement;

2° Au moins une fois par mois ;

3° A toute réquisition des maires. Telles sont les prescriptions de la loi. Voyons comment les choses se passent dans la réalité. Une femme vient en ville chercher un nourrisson ou un enfant à garder, s'est-elle munie des pièces exigées par la loi? Nous n'hésitons pas, d'après notre expérience personnelle, à déclarer que c'est là l'exception. D'ailleurs, qui songe à les lui réclamer ?

Les parents, le plus souvent, ignorent cette disposition de la loi, comme les autres, du reste. Les plus exigeants d'entre eux se contentent, quand il s'agit d'une nourrice au sein, de la faire examiner par leur médecin. Or, comme tous les médecins le savent, il n'est pas déjà si facile de se rendre compte sur le champ de la valeur d'une nourrice. Celle-ci a beau jeu pour rajeunir son lait, quand elle n'a pas son enfant avec elle, et même dans le cas contraire, ce qui contribue d'ailleurs à faire juger son enfant superbe, par conséquent son lait excellent. De la sorte, on peut voir fréquemment des femmes, qui ont déjà nourri pendant quinze et même dix-huit mois, un ou deux enfants, venir imperturbablement chercher un autre nourrison. Et qu'on ne dise pas que l'inspecteur s'en apercevra dans cette visite; il sera trop tard, car c'est toute une histoire que d'obtenir un changement de nourrice; les parents, pour peu qu'ils soient occupés ou indifférents, nous diront que leur enfant paraît *se faire* et qu'ils risqueraient de trouver pire. Quant aux déclarations à faire à la mairie, elles manquent fort souvent de la part des parents, par ignorance ou indifférence; de la part des nourrices, pour les mêmes raisons, ou volontairement, pour esquiver la surveillance. En sorte qu'il peut arriver, et qu'il arrive, que le placement d'un enfant ne soit connu à la mairie qu'à l'occasion de la déclaration de son décès chez la nourrice. De ce fait, une bonne partie des enfants du premier âge échappent entièrement à la surveillance, soit des médecins inspecteurs, soit des commissions locales.

Voilà donc un premier mal : le placement des enfants n'est pas entouré des précautions exigées par la loi. Quel en serait le remède? A notre avis, il serait facile en ce qui concerne les parents :

c'est l'ignorance de la loi qui en est le plus souvent la cause. Donc, qu'on la fasse connaître par une publicité suffisante et réitérée ; que lors de la déclaration d'un nouveau-né à la mairie, l'employé soit chargé de s'enquérir si l'enfant doit être placé au dehors et, dans ce cas, d'apprendre ou rappeler au père l'obligation que la loi lui impose. Nul doute que celui-ci, se trouvant à la mairie, ne s'empresse de faire la déclaration demandée qui ne lui coûte aucun dérangement. Pour les nourrices, gardes, etc., la même publicité suffira vis-à-vis de celles qui négligent ces formalités par ignorance. En outre, dans chaque commune, le garde-champêtre pourrait, pendant ses tournées, s'informer des enfants récemment placés, se faire représenter les certificats exigibles et avertir les retardataires de faire leur déclaration. Quant aux récalcitrantes, quelques applications bien distribuées des pénalités édictées par la loi, auraient vite raison de leur mauvais vouloir et constitueraient un excellent exemple pour celles qui seraient tentées de les imiter.

Mais voilà l'enfant placé et dûment enregistré; comment s'exerce la surveillance? De la part des commissions locales est-elle aussi vigilante que le voudrait la loi? Nous sommes bien obligés d'en douter quand nous voyons, dans la circulaire citée plus haut, le préfet insister auprès des maires sur le rôle important de ces commissions, et sur la nécessité de tenir la main à ce qu'elles remplissent bien leur mandat. Leur action, en effet, devrait être des plus efficaces. Ce sont elles qui pourraient se rendre compte, par des visites fréquentes et inattendues, de la manière dont les enfants sont nourris et soignés; les visites mensuelles du médecin ne font que montrer les résultats dont ces commissions devraient constater les causes que l'homme de l'art, le plus souvent, ne peut que soupçonner.

Là, encore, il nous semble qu'il ne serait pas impossible d'arriver à un bon résultat, par un choix intelligent des membres de ces commissions. Il suffirait, pour cela, de les composer de personnes de bonne volonté, ayant le loisir de faire les visites nécessaires, qui, en somme, se réduiraient pour chacune d'elles à deux ou trois par semaine, à leur jour et à leur heure (1).

Reste la surveillance des médecins. Se fait-elle aussi souvent que la loi le demande? Nous avouons que, dans bon nombre de cas, il n'en est pas ainsi. On l'a quelquefois reproché aux médecins; le reproche peut être fondé, mais est-il juste? Nous ne parlerons qu'incidemment de la rémunération qui est attachée à l'inspection médicale, car il est bien évident qu'elle est hors de toute proportion avec les charges du service. Dans le département de la Loire, les médecins inspecteurs reçoivent annuellement 10 francs par enfant *enregistré à la mairie au commencement de chaque année*. Y en eût-il tant et plus qui, par oubli, n'auraient pas été inscrits avant le 31 décembre, le médecin les visitera, mais ils ne seront pas comptés dans le réglement des honoraires, lesquels sont basés uniquement (touchante confiance!) sur les listes fournies par les mairies. A ce taux, et en ne tenant compte absolument que des douze visites réglementaires, chacune est payée *moins de 80 centimes*. Et notez que notre département est un de ceux où la rémunération est la plus forte. En présence de ces chiffres, je crois qu'on peut bien admettre que les médecins inspecteurs ne sauraient avoir l'idée de chercher dans leurs fonctions une source de bénéfices; car ne feraient-ils que trois visites par an, ils auraient largement gagné leur argent. Mais encore ne faudrait-il pas que ce service fût pour eux, une cause de trop grands sacrifices, en leur faisant perdre un temps dont dépendent, en définitive, leurs moyens d'existence. Or, avec l'obligation des visites à domicile, il en est forcément ainsi dans beaucoup de pays, et, particulièrement, dans le nôtre; et c'est là, certainement, la cause des négligences qu'on leur impute.

Voici un médecin établi dans une petite localité de la Brie ou de la Beauce, c'est-à-dire dans un pays peu accidenté, sillonné en tous sens de routes carrossables, où le sol est bien fertile et bien cultivé, où une population nombreuse est répandue dans des villages ou hameaux très rapprochés les uns des autres, où le gros fermier est souvent un homme riche et le petit paysan loin de la misère. Ce médecin est seul, ou partage avec un confrère la clientèle des sept ou huit communes environnantes qui constituent aussi sa circonscription cantonale. Il a forcément sa voiture et, au moins, un cheval, et, chaque jour, il visite deux ou trois de ces villages. Il n'y a pas de semaine où il ne les ait parcourus tous, et, tous les mois, il a eu plusieurs fois l'occasion de passer à proximité de chacun des enfants dont il a la surveillance. Pour celui-là, il est facile de les voir mensuellement et à domicile; il ne lui en coûte que cinq minutes d'arrêt, pas de frais et pas de dérangement, tout au plus un petit détour.

Mais plaçons-nous dans une région comme la nôtre, montagneuse, où de grandes agglomérations industrielles ou minières sont entourées de quelques villages, moitié agricoles, moitié ouvriers. Le sol est pauvre, le travail à domicile ne marche guère et le médecin coûte cher. L'homme de l'art demeure dans une de ces agglomérations, Saint-Étienne, Saint-Chamond ou Firminy, où il se trouve en compagnie de nombreux confrères. A-t-il souvent l'occasion d'aller dans ces villages? Non. Quand le paysan, ou l'ouvrier qui travaille chez lui, est malade, il épuise, avant de faire venir un médecin, la science des voisines, de la sœur, de l'herboriste et du pharmacien, de l'empirique et du rhabilleur; il ne s'adresse au médecin qu'à la dernière extrémité: c'est le hasard ou la préférence d'un ami qui dicte son choix. En sorte que chacun des praticiens de la ville n'a souvent pas en moyenne une fois par an à se rendre dans l'une de ces communes. Le médecin cantonal y va un peu plus souvent pour visiter les

(1) Je suis entièrement de l'avis de l'auteur; il n'y a pas de surveillance sérieuse et véritablement efficace sans commissions locales s'acquittant sérieusement de leur mandat. Le médecin joue, sans elles, un rôle impossible à remplir. (Dr B.)

pauvres. Mais ceux-ci, quoique n'ayant pas à le payer, préfèrent toujours les conseils de la religieuse ou du marchand d'herbes du marché à ceux d'un médecin, surtout désigné d'avance. Ils ne l'appellent ainsi qu'en dernier ressort, et, généralement, dans la saison où il y a le plus de malades, et où, par conséquent, il est le plus occupé. En somme, si le médecin inspecteur veut visiter les enfants placés dans une commune, il est obligé d'y aller exprès pour cela ; mais alors il voudra les voir tous, et la plus grande partie de la journée ne sera pas de trop. Que sont, en effet, ces communes? Quelques douzaines de maisons groupées autour de la mairie et de l'église, puis des fermes et des hameaux isolés, éparpillés sur les flancs ou au sommet des montagnes, sur un périmètre souvent très considérable, si l'on tient compte de ce fait que l'étendue réelle de la commune, grâce à la configuration du sol, est au moins le double de sa superficie cadastrale, mesurée horizontalement. S'il y a dix enfants placés dans une commune, tenez pour certain qu'il y en aura deux ou trois, au plus, dans le groupe central. Les autres, il faudra aller les chercher dans les fermes ou les hameaux, à plusieurs kilomètres les uns des autres, et par des chemins impraticables aux voitures en toute saison, et, pendant l'hiver, bien souvent aux piétons.

Malgré cela, vous vous mettez bravement en route sur des indications plus ou moins précises. Vous avez failli vingt fois vous casser les jambes sur un rocher couvert de glace ou rouler dans un ravin rempli de neige; mais, enfin, vous arrivez ; vous demandez le nourrisson : « Oh! Monsieur, il y a longtemps que nous l'avons rendu ! » « Et pourquoi ne l'avez-vous pas dit à la mairie ? » « Nous ne savions pas qu'il fallait le dire. » Vous êtes vêtu lourdement, l'ascension vous a mis en nage; vous sortez furieux, oubliant de boutonner votre paletot, et... la pneumonie vous attend à la porte.

Mais dans la belle saison? Oh ! alors, c'est différent. Vous êtes parti de bonne heure, par le premier train ou par la vénérable patache qui vous transporte à raison de quatre kilomètres à l'heure. Vous auriez bien pris une voiture; mais vous savez qu'une fois là-bas, elle ne vous servirait à rien, et, comme vous resterez longtemps, elle vous aurait coûté vingt francs, quand votre visite doit vous en rapporter sept ou huit. Vous êtes allé à la mairie, demander si depuis votre dernier voyage, il n'y a pas eu de nouveaux placements, car le secrétaire oublie assez généralement de vous en informer. Il fait un beau temps; la campagne est splendide ; vous êtes vêtu de coutil et coiffé de paille; vous vous imaginez presque être là pour votre plaisir. Vous grimpez allègrement, sans trop vous apercevoir que le soleil vous brûle le dos et que la sueur vous mouille le front; vous êtes à la ferme et, quatre fois sur cinq, vous trouv z... porte close. Les paysans sont aux champs; c'est la fenaison ou la récolte des avoines; la no rrice est allée leur porter le repas, et, le nourrisson est avec elle. Vous n'avez plns qu'à redescendre la montagne pour remonter celle d'en face, au sommet de laquelle vous attend peut-être la même déconvenue. Bref, vous rentrez chez vous, fourbu ; vous avez manqué votre cabinet et la moitié de vos visites, et vous n'avez vu qu'une partie de vos enfants.

Dans ces conditions, faut-il s'étonner que le médecin renvoie d'un jour à l'autre, cette corvée de facteur rural, attendant toujours une journée libre qui n'arrive que bien rarement. Si encore cette visite à domicile avait une utilité particulière! Quel en est donc le but? Surprendre la nourrice et s'assurer ainsi de la manière dont elle soigne l'enfant. Mais n'est-ce pas là précisément le rôle des membres de la commission locale, et est-il besoin d'être docteur en médecine pour reconnaître qu'un enfant n'est pas débarbouillé aussi soigneusement qu'il le faudrait, ou qu'on lui fait avaler une bouillie quelconque et non du lait?

Qu'au lieu de forcer le médecin à perdre une journée entière pour visiter tous les enfants à domicile, au risque de ne pas les y rencontrer, on lui permette de réunir tous ceux de la même commune dans un endroit convenu, la mairie, par exemple, au jour et à l'heure fixés d'avance, et soyez sûr qu'il n'y manquera pas. Cela pourra bien quelquefois le gêner, mais il saura qu'on l'attend et remettra ses visites de la ville pour aller faire son inspection. Celle-ci ne sera pas moins sérieuse pour autant, et il s'assurera tout aussi bien qu'à domicile de l'état de santé des enfants. S'il en remarque qui lui paraissent souffrir, il les désignera à la commission locale pour que la surveillance s'exerce sur eux plus particulièrement; au besoin, il ira lui-même voir ceux-là à domicile s'il en reconnaît la nécessité. Mais au moins, de cette façon, il n'aura perdu habituellement que trois heures, et il pourra, avec les quelques francs que lui rapporte son excursion, se payer le luxe d'une voiture qui lui permettra de revenir à sa clientèle sans être obligé d'attendre l'heure du train ou de l'omnibus. S'il arrive, qu'au jour fixé pour la visite des enfants, le temps soit trop mauvais pour les apporter, qu'il soit convenu d'avance qu'elle sera remise à huitaine. A la rigueur, il n'y aurait pas de visite pendant un mois de la mauvaise saison? Les commissions locales seront là pour voir les enfants et faire avertir le médecin, si l'on juge sa présence nécessaire auprès de quelques-uns d'entre eux.

Pour conclure et résumer en quelques mots cette étude trop longue peut-être, nous dirons donc : si l'on veut que la loi Roussel produise tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut en faciliter et en obtenir l'exécution complète par quelques mesures bien simples ; une publicité suffisante, qui apprenne aux parents les formalités qu'ils ont à remplir quand ils placent un enfant hors de leur domicile, et les garanties qu'ils ont le droit d'exiger des nourrices, sevreuses, etc. Une sévérité nécessaire vis-à-vis ces dernières, qui les rappelle à leurs devoirs, qu'elles sont trop tentées de négliger ; un choix intelligent des membres des commissions locales, qui amène de leur part la surveillance active qu'ils doivent

exercer; enfin, pour les médecins, le droit de faire en bloc, une fois par mois, la visite des enfants réunis au centre de la commune, de manière à ne pas leur rendre trop onéreuses, et souvent impossibles à remplir, les fonctions qui leur sont confiées.

(*La Loire médicale*). Dr Kahn.

Nous nous associons complètement aux judicieuses demandes de notre confrère. On devine à son langage, le praticien qui connaît ce dont il parle. Quand les règlements des bonnes lois seront faits par les intéressés, les bonnes lois seront exécutées; sinon, elles resteront inexécutées, parce qu'elles sont inexécutables. A. C.

Je vous remercie, mon cher Directeur, de m'avoir communiqué le bulletin de la protection des enfants du premier âge, inséré dans la *Loire médicale*. Heureux d'avoir lu ces pages écrites par un confrère qui évidemment les a *vécues*, je crois être utile et agréable à nos confrères en vous invitant à les reproduire dans le plus prochain numéro du *Concours médical*. Tâchons de rendre possible l'application de la loi Roussel et pour cela, aplanissons les difficultés au lieu de les mettre en relief. Mais, surtout, je ne me lasserai jamais de le répéter, tâchons de nous mettre d'accord, ne demandons rien au-delà du possible et même du facile.

Je vous prierai, mon cher Directeur, d'insérer dans les numéros suivants du *Concours* diverses lettres qui m'ont été adressées par nos confrères et, si vous voulez bien le permettre, je les ferai suivre de quelques très brèves réflexions.

Agréez, Dr Bibard.

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU. (*Suite*).

V.

Erythème d'été.

Le Dr Barruch (*Berliner Klin. Wochenschrift*. 1880, nº 50, et *Ann. de Derm.*, juin 1882) appelle l'attention des praticiens sur une affection érythémateuse des pieds et de la moitié inférieure des jambes. Cette rougeur présente bientôt de l'œdème, du prurit, une sensation de brûlure et des bulles qui, en se rompant, laissent écouler un liquide clair ou jaunâtre et montrent à leur place une ulcération ronde, ou ovale, ou réniforme.

Comme symptômes généraux, fièvre modérée, embarras gastrique, insomnie.

Cette affection, qui guérit spontanément, peut aussi devenir le point de départ de lésions profondes de la peau.

Le nom d'érythème d'été provient de ce que l'on observe surtout au moment de la fenaison, et elle serait due à l'action irritante du suc d'une plante, la *renoncularis acris*, *renoncule âcre* ou *bouton d'or*.

Comme traitement : lotion phéniquée, pommade phéniquée contre les ulcérations; boissons acidulés.

VI

Nouveaux cas de maladies des roseaux

dus au *sporotrichum dermatodes*. (Champignon parasite de *l'arundo-donax*) par E. Baltus. (*Ann. de Derm.*, juin 1882)

Ces faits observés, par le Dr Baltus, remontent au mois de juin 1876, mais ils n'en sont pas moins très intéressants, et donnent encore une preuve des dangers auxquels sont exposés les travailleurs des campagnes.

Le 15 juin 1876 un jardinier et son fils, de *Frontignan* (Hérault), allèrent ramasser, sur les bords de l'étang de Thau, des roseaux coupés depuis plusieurs années, et entassés dans une fosse. Après quelques instants de travail (une heure environ), le fils fut incommodé par une forte odeur de moisi, mais les roseaux n'en furent pas moins emmenés à la ferme. Le soir le jeune homme fut obligé de se mettre au lit, sans prendre de nourriture, et se plaignant de démangeaisons douloureuses dans les yeux, le nez et la gorge. Le père ne ressentait absolument rien; mais, le lendemain, celui-ci était pris à son tour des mêmes symptômes et obligé de se mettre au lit. L'appétit était conservé, mais la déglutition difficile et douloureuse, et, comme autre symptôme, une forte tendance au sommeil. Le 17, les deux malades présentaient de la conjonctivite, du larmoiement, une toux légère. Sur la face, le nez, les yeux, dans l'espace interdigital, à la ceinture, aux parties génitales, on constatait la présence de petites pustules acuminées, siégeant sur un fond rouge et douloureux

Le 18, quatre membres de la même famille étaient pris des mêmes symptômes, mais à un degré moindre.

Le lendemain 19, quatre petits chats, deux petits chiens et un autre de forte taille qui s'étaient roulés sur les roseaux présentaient sur le museau et sur le pourtour des narines des croûtes rouges et douloureuses et, fait plus bizarre, le miaulement et l'aboiement étaient devenus impossibles.

Le Dr Baltus examina les roseaux, et trouva, sur la plupart d'entre eux, sur toute la tige « de nombreuses taches d'un vert sombre ayant la grosseur d'un grain de millet, l'aspect de moisissure et laissant échapper par l'agitation une fine poussière. » Le microscope fit voir que ces moisissures étaient composées « d'un feutrage de my-

celium en bâtonnets aigus avec spores innombrables ».

Ces spores sont, d'après l'examen du Prof. Planchon, celles d'un champignon, le *sporotrichum dermatodes*, de la classe des mucédinées.

Les parties génitales sont les points du corps où la maladie se développe avec le plus d'intensité, donnant lieu à des balano-posthites.

Comme traitement : bains tièdes, lotions émollientes, onctions d'huile camphrée et laudanisée. Comme moyen prophylactique, on doit laver à grande eau les roseaux, ainsi que les parties du corps qui ont été touchées par eux.

VII

Affections syphilitiques des reins

Le Dr E. Wagner (*Deutsches Archiv. für Klin. Med.*) donne le résultat de ses recherches sur la syphilis rénale et il fait remarquer qu'elle n'est pas aussi rare qu'on a voulu le dire. Pour quelques auteurs, la syphilis du rein n'existe pas. C'est se montrer par trop exclusif : qu'elle ne se rencontre pas dans la première période de la syphilis, c'est possible ; mais ne pas vouloir admettre le développement des gommes dans le parenchyme rénal, c'est une grosse erreur de pathologie syphilitique, qui peut être fatale aux malades.

Wagner a observé vingt cas de syphilis rénale qu'il divise ainsi :

1° Trois cas dans lesquels la maladie de Bright à l'état aigu se montra dans les premiers mois de la syphilis et disparut par l'emploi des médicaments anti-syphilitiques.

2° Cinq cas chez des malades syphilitiques et à l'autopsie desquels on trouva une néphrite parenchymateuse, avec hémorrhagies.

3° Quatre cas de maladie de Bright chronique et à l'autopsie desquels on trouva des lésions des reins à la seconde période.

4° Sept cas de reins granuleux furent rencontrés chez des syphilitiques, mais les lésions artérielles n'étaient pas constantes.

5° Six cas où Wagner trouva un rein atrophié et retracté, tandis que l'autre était atteint d'hypertrophie compensatrice, et, dans ce dernier cas, le tissu rénal était normal ou bien présentait de la dégénérescence amyloïde.

De même Weigert a observé les mêmes lésions dans deux cas, mais il constata en même temps de l'artérite oblitérante.

Wagner termine son travail en citant plusieurs cas de syphilome rénal ; dans l'un d'eux il y avait des traces certaines de guérison par le traitement anti-syphilitique.

Ces observations sont évidemment très concluantes ; mais il est un point contre lequel je crois devoir mettre en garde : c'est l'altération brightique des reins dans les premières périodes de la syphilis.

Sans vouloir en aucune façon contester les observations de Wagner, on doit être prévenu que, dans quelques cas, la médication mercurielle provoque une altération rénale, qui a pour résultat de rendre les urines albumineuses. C'est un des inconvénients du mercure sur lequel se sont appuyés les adversaires de ce médicament pour le battre en brèche et tenter de le faire rayer de la thérapeutique syphilitique ; heureusement pour les malades et malheureusement pour les anti-mercurialistes, cette albuminurie est de courte durée, et en suspendant le mercure pendant quelques jours pour le reprendre ensuite à plus faible dose, on évite cet inconvénient.

En ce qui regarde l'albuminurie secondaire, si rare qu'elle soit, elle a été observée, on l'observe de temps à autre et on l'observerait plus fréquemment si l'on examinait les urines des syphilitiques. Car il faut bien se persuader qu'il est une catégorie de lésions qui nous échappent ; par le fait qu'on n'a pas souvent l'occasion de faire des autopsies de malades succombant dans la période secondaire. Ce sont les lésions des viscères et autres organes profonds ; on a observé l'hépatite secondaire, l'épilepsie secondaire ; par quels motifs rejetterait-on la néphrite secondaire ? Est-ce que les tubuli des reins seraient à l'abri des atteintes de la syphilis secondaire, plus que les canalicules hépatiques ? Seulement ces troubles urinaires sont légers, attirent peu l'attention des malades ; et la brièveté de leur évolution fait qu'ils passent inaperçus.

Quoi qu'il en soit, les cas de Wagner, et ceux de quelques autres médecins, ayant cédé devant l'emploi du mercure, prouveraient d'une façon certaine l'existence de la néphrite albumineuse syphilitique. ....

VIII.

Température des petits enfants dans la syphilis

Le Dr Holm a pris la température de vingt-trois enfants syphilitiques de l'hôpital de Copenhague. Sur ces vingt-trois petits malades, dix-sept étaient syphilitiques congénitaux ; six étaient atteints de syphilis acquise. Parmi les premiers, trois montrèrent pendant plusieurs semaines une température au-dessous de la normale, laquelle descendait même jusqu'à 35°. Les autres présentaient un abaissement, mais à un degré moindre.

Sur les six atteints de syphilis acquise, un avait le soir une température de 38°. Chez les autres elle était normale. Il y aurait donc un signe diagnostic différentiel entre la syphilis congénitale et la syphilis acquise. Mais, en outre, chez les syphilitiques congénitaux, *la température du soir* était généralement *plus basse* que *celle du matin*. La différence allait jusqu'à 3°,2. Chez les enfants atteints de syphilis acquise c'était le contraire.

Holm ajoute que l'abaissement de la température n'est pas particulière à la syphilis, on l'observe dans le pemphigus, dans la furonculose, en général dans toutes les maladies débilitantes de la première enfance.

(*A suivre*) Dr Armand Rizat.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du pneumo-thorax. — Fernet. — Pour calmer le point de côté très douloureux du pneumo-thorax, injections sous cutanées de morphine, *loco dolenti*, répétées plusieurs fois; pour combattre la dypsnée, inhalations d'oxygène. — Plus tard, les indications thérapeutiques varient suivant l'espèce de pneumo-thorax. — Si le pneumo-thorax est pur, sans complication d'épanchement liquide, on se borne à l'expectation. — S'il existe un hydro-pneumo-thorax, on peut employer quelques révulsifs, pour remédier à la pleurésie subaiguë dont l'épanchement séreux est l'indice; et dans le cas où la quantité de liquide est assez considéıable, recourir à la thoracenthèse. — Dans la pleurésie purulente, ne pas trop se hâter de pratiquer la thoracenthèse ou l'empyème, et si l'on se décide à cette dernière opération, faire d'abondants lavages désinfectants de la plèvre. — S'agit-il d'une caverne ouverte dans la cavité pleurale, il y a lieu de s'abstenir. Enfin si c'est un foyer gangréneux du poumon ou un abcès qui se sont épanchés dans la plèvre, on peut encore espérer avec l'empyème, quelques chances de guérison. — N. G. *Union Médicale.*

Sirop pectoral. — (Vigier).

Sirop de capillaire.......	200 gr.	
Extrait d'opium..........	0,10	centigr.
— de jusquiame.....	0,20	—
— d'aconit..........	0,30	—

Dissolvez ces extraits dans de l'eau distillée, 3 à 4 grammes environ, filtrez et ajoutez le sirop.

Ce sirop se prend à la dose de 3 à 4 cuillerées à soupe par jour; par cuillerées à café pour les enfants. (*Gazette hebd.*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BAUGÉ.

Honoré Directeur,

Une bonne nouvelle à vous communiquer : le syndicat de l'*arrondissement de Baugé* est constitué.

Le 28 octobre, à une heure et demie de l'après-midi, sur la convocation écrite de M. le docteur Boell, faisant fonction de secrétaire, se sont réunis, à Baugé, les membres qui avaient donné leur adhésion à la formation d'un *syndicat* pour l'arrondissement.

Etaient présents : MM. les docteurs Chevalier, (Baugé), Zochowski, (id.), Boell, (id.), Geslin, (Beaufort), Chevalier, (id.), Caternault, (Longuè), Marchand, (Durtal), Chabert, (Seiches). Avaient confié leurs pouvoirs les plus étendus à des confrères présents à la réunion : MM. Varailhon, et Cosnard (Noyant), Mickalowiecz, (Parçay), Combes et Jacque, (Mazé), Coméra, (Corné), Laumonier et Menu, (Vernoil), Périgault, (Vernantes), Bariller, (Morannes).

Une pluie épouvantable et persistante depuis plusieurs jours avait empêché plusieurs de ces messieurs de se rendre à la réunion.

Ont adhéré, mais ne se sont pas rendus à la séance et ne se sont pas fait représenter, MM. Ridreau (Baugé), Grimoux (Beaufort), Bellanger (Fougeré).

Cinq confrères sur vingt-six, exerçant dans l'arrondissement n'ont pas répondu, jnsqu'ici, à l'invitation qui leur a été faite.

Les statuts proposés ont été acceptés. Ce sont, à peu de chose près, ceux dont le *Concours* a publié le modèle.

Il a été procédé ensuite à la formation du bureau définitif :

CHEVALIER (de Baugé), *Président.*

BOELL, (de Baugé), *Secrétaire-Trésorier.*

CHEVALIER, (de Beautort), Périgault et Marchand, *syndics.*

La RÉUNION, considérant que c'est grâce à l'initiative de la *Société du Concours médical* que les membres du corps médical tendent à se grouper en syndicats destinésà amener de légitimes améliorations à l'état présent de la pratique, prie son secrétaire de remercier M. le docteur CEZILLY, directeur du *Concours*, et de lui offrir de vouloir bien accepter le titre de *Président honoraire* du syndicat de l'arrondissement de Baugé.

Recevez, etc. Dr BOELL.

Oui, mon cher confrère, le *Concours médical* s'est toujours efforcé de travailler à l'union du corps médical et, dans la persuasion que les Syndicats offraient le meilleur moyen d'effectuer cette union d'une façon intime et vraiment confraternelle, il a contribué, pour une large part, à la fondation des Syndicats. Ma qualité de Directeur du *Concours* m'impose donc le devoir d'accepter l'honneur qu'ont bien voulu me faire les membres du Syndicat de l'arroıdissement de Baugé, comme un encouragement à persévérer dans la voie que nous nous sommes tracée. Je vous prie, mon cher confrère, de vouloir bien exprimer tous mes sentiments de gratitude à nos confrères, de leur dire que, malgré mes occupations, j'espère bien aller un jour assister à une de leurs séances, pour leur porter moi-même mes remercîments.

LE DIRECTEUR.

AVIS.

Monsieur le Docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, nº 9, le lundi 13 novembre, à une heure et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. DÉCEMBRE, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

18 Novembre 1882 — 4me Année. — No 46

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Legouest* prend la parole pour déclarer qu'il partage l'avis de M. L. Colin et repousse l'accusation portée par certaines villes contre leurs garnisons, de donner à la population civile la fièvre typhoïde. Suivant l'orateur, il faut dire que les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes, parce qu'elles réunissent et condensent toutes les conditions de réceptivité du mal, conditions dissimulées dans la population civile par leur dissémination. M. Legouest croit qu'il n'est pas exact d'affirmer, avec M. Lagneau, qu'il n'est tenu aucun compte, par l'administration de la guerre, des observations que peuvent faire les médecins militaires sur l'hygiène des troupes ; il reconnaît, au contraire, que de nombreuses améliorations ont été introduites, d'après ces observations, dans l'hygiène du soldat, tant au point de vue de l'alimentation qu'à celui des soins de propreté corporelle qui sont devenus obligatoires. — Il paraît qu'aujourd'hui il y a des lavabos dans toutes les casernes et que chaque homme est pourvu d'une serviette de toilette. — Enfin, dans la construction des casernes nouvelles, on se conforme au système dit de *Tollet* qui consiste à étendre les locaux horizontalement sur une vaste surface, au lieu de les superposer verticalement. M. Legouest déclare néanmoins que la loi du 16 mars 1882 est un grand bienfait pour l'armée et le pays, car elle rendra possibles une foule d'améliorations qui sont encore à effectuer.

Laissant de côté le point de vue étiologique M. *Hérard* transporte la question dans le domaine de la thérapeutique et il pose, comme point de départ de la discussion, cette observation fort juste, c'est que, dans ces problèmes complexes de thérapeutique il faut, avant tout, tenir compte du *génie épidémique* de la maladie. Or l'épidémie actuelle a eu une intensité moyenne. Il y a eu des cas graves, mais un bien plus grand nombre de cas légers ; quant à l'orateur, sur vingt-huit malades qu'il a traités, dans le courant d'octobre, par des médications multiples, il n'a eu qu'un décès. M. Hérard appelle l'attention de ses collègues sur la médication par le sulfate de quinine à haute dose (3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures), et signale un double fait qui l'a frappé : c'est d'une part, la facilité avec laquelle les malades ont supporté ces doses considérables de quinine, et, d'autre part, la rapidité avec laquelle cette médication a fait baisser la température et diminuer la fréquence du pouls. — M. Hérard a réussi de même dans un cas de fièvre puerpérale. — D'ailleurs le traitement classique n'a pas eu de moins beaux succès dans cette dernière épidémie : purgatifs répétés, toniques sous toutes les formes ; lotions froides vinaigrées ; contre l'hyperthermie, bains froids ou tièdes ; contre les accidents pulmonaires, ventouses sèches en grand nombre ; contre l'agitation et le délire musc et opium ou morphine. L'acide salicylique (4,5 à 6 gr.) n'a pas eu d'action thérapeutique dont la démonstration soit bien évidente ; en revanche, il a causé es vomissements chez quelques malades. Cepen-

dant il a produit, généralement, un abaissement de température qui ne se continuait que si on n'en suspendait pas l'usage, mais cet abaissement de la température et du pouls n'a pas paru abréger le cours plus ou moins pénible de la maladie. Quant à l'ergot de seigle, M. Hérard ne croit pas, comme M. Duboué, qu'il soit applicable à toutes les formes et il s'en est surtout servi avec succès (dose 1 gramme 50) chez les malades qui présentaient des phénomènes congestifs du côté des poumons, de la cyanose, etc.... en un mot dans les cas où il se proposait de réveiller la contraction des fibres musculaires lisses, pour faciliter la circulation du sang dans les petits vaisseaux...

M. *Dujardin-Beaumetz* se déclare partisan de *l'expectation armée* : sur quatre-vingt-sept malades qu'il a traités par la méthode classique, il n'en a perdu que quatre. Il est l'adversaire de la méthode de Brand parce qu'elle fait courir au malade des dangers considérables en l'exposant aux congestions des organes thoraciques, — l'auteur fait observer que les lotions froides qu'il emploie souvent ne rentrent pas dans la méthode de Brand proprement dite; — la médication quinique ne lui paraît par devoir devenir une méthode générale de traitement; l'acide salicylique et les salicylates diminuent bien, il est vrai, la température, mais ils provoquent des troubles du côté de l'estomac, sans que l'on constate d'amoindrissement ni dans la durée de la maladie, ni dans la manifestation des symptômes graves. Enfin M. Dujardin-Beaumetz, tout en reconnaissant que l'acide phénique (même à la dose de 1 ou 2 grammes) abaisse la température et désinfecte les matières fécales, regarde ce médicament comme dangereux, parce qu'il produit souvent le collapsus et favorise les congestions pulmonaires.

Nous n'avons pas l'habitude de nous occuper ici des nouvelles politiques; on nous permettra bien néanmoins de cueillir, dans la communication que le Gouvernement a faite au Parlement, la phrase suivante : « Le Gouvernement reprendra le projet de loi sur les syndicats professionnels déjà voté par la Chambre et modifié par le Sénat. » C'est là uno promesse dont les *pessimistes* eux-mêmes comprendront la portée et dont se réjouiront les partisans et les fondateurs des syndicats médicaux. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Essai de l'application du coefficient de la mortalité à l'étude de la contagion de la phthisie.

Par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

Etiamsi omnes, ego non.

On se rappelle les expériences mémorables par lesquelles M. le Dr Villemin a démontré l'inoculabilité du tubercule au lapin. Plus récemment (*V. compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences*, du 22 mai 1882), M. le Dr Giboux, dans une note qui a fait sensation, a essayé d'établir expérimentalement la nocuité de l'air expiré par les phthisiques et la transmission de la tuberculose aux lapins par la respiration. De là est née, par une pente facile, la doctrine de la contagion de la phthisie de l'homme à l'homme, comme si, en pathologie comparée, on pouvait conclure aisément et à coup sûr d'un ordre à un autre.

A l'une des séances du *Congrès international d'hygiène et de démographie*, tenu à Genève, au mois de septembre dernier, le Professeur Corradi, de Pavie, faisait entendre le langage suivant : « L'idée de la contagion de la phthisie remonte à la plus haute antiquité... Dans la seconde moitié du siècle dernier, cette croyance arrive à son apogée... Malheureusement elle ne s'est pas développée avec la suite des temps. Au contraire, dans la première moitié de notre siècle, la doctrine de la contagiosité perdit du terrain, les recherches anatomo-pathologiques ayant pris le devant sur les questions étiologiques. Ce n'est que dans ces dernières années que la pathologie expérimentale a repris la question et a tâché de donner à la doctrine de la contagion l'appui des résultats de l'inoculation des produits tuberculeux. On est allé plus loin encore, et on a cru pouvoir démontrer que le principe virulent de la maladie est représenté par un microphyte, un *bacillus* (Koch).

« Pour le moment, l'hygiène doit se régler en ce qui concerne la phthisie, comme elle le ferait pour une maladie suspecte, c'est-à-dire, capable de se transmettre sous certaines conditions. On doit surtout avoir égard aux rapports qu'établit la cohabitation... Quoiqu'il ne soit pas sûrement démontré que les aliments peuvent communiquer la tuberculose, néanmoins il sera prudent de s'abstenir des viandes et du lait provenant des animaux phthisiques.

« Il faudra dorénavant se préoccuper avec le plus grand soin de la source de la lymphe vaccinale qu'on inocule dans un but prophylactique.

« L'institution d'hôpitaux exclusifs, ou tout a

moins de pavillons séparés pour les phthisiques, est vivement recommandée. »

Nous voilà donc en train de revenir au temps où Morgagni n'osait faire que très peu d'ouvertures de sujets morts phthisiques, de peur de contracter leur maladie ; et, ce qu'il y a de plus grave, c'est qu'il est grandement question de parquer les phthisiques, à l'instar des lépreux, de se bien garder d'emprunter du fluide vaccinal à une génisse ou à un enfant, je ne dirai pas tuberculeux, mais seulement issu d'une famille dont un des membres a pu être atteint de tuberculose, et même de s'abstenir des viandes et du lait des animaux tuberculeux. *Multa renascuntur, quœ jam cecidere.*

Heureusement la question est loin d'être résolue par les résultats de l'expérimentation. C'est à l'observation clinique seule à la trancher. Mais celle-ci n'aura de valeur qu'à la condition d'embrasser un nombre de cas très considérable. Qu'il nous soit permis d'apporter notre pierre à l'édifice. Déjà, dans un travail inséré dans la *France médicale*, n°s 14 et suivants de l'année 1872, intitulé : *Etude statistique sur la phthisie au point de vue de la fréquence, de l'hérédité et de la prétendue spécificité de la tuberculisation pulmonaire*, nous avons réuni et examiné minutieusement trente-quatre cas dans lesquels nous avions vu un des conjoints succomber à la phthisie, savoir :

Hommes veufs................	12
Femmes veuves...............	22
Total.....	34

Eh bien ! nous le répétons, pas un de ces cas n'est favorable à l'hypothèse de la contagion de la phthisie (1). Et pourtant les survivants étaient placés, les femmes surtout, dans les conditions les plus propres à engendrer la contagion, si la contagion de la phthisie n'était pas un vain mot. Tous les époux habitaient la même chambre, et la plupart des individus sains continuaient à partager la couche des malades, jusqu'à une époque voisine de la mort. Ici les logements sont très coûteux, très exigus, et la population exubérante est comme tassée dans un trop petit nombre de maisons étroites et munies d'ouvertures insuffisantes. L'encombrement, le défaut d'aération, le concours d'une température de vingt et quelques degrés, si propice à la multiplication des germes, le travail des manufactures, et souvent la malpropreté, sont autant de causes qui auraient dû contribuer puissamment à la transmission de la maladie.

Il n'en a rien été ; mais poursuivons nos recherches à travers la période décennale suivante, 1872 à 1881.

Sur un total de cinq cent vingt-quatre décès à Plancher-les-Mines, nous constatons soixante-huit décès par phthisie, soit 12, 21 0/0, proportion sensiblement la même que celle des dix années précédentes (12, 5). Trente décès ont eu lieu pendant le mariage à l'âge de fécondité, savoir :

Hommes veufs................	12
Femmes veuves...............	18
Total.....	30

Nous pourrions, pour donner plus d'autorité à notre parole, les passer en revue tous en particulier, ainsi que nous l'avons fait dans notre premier mémoire. Nous pensons qu'il vaut mieux épargner au lecteur une aussi fastidieuse énumération. Qu'il nous suffise de dire sommairement qu'il n'est résulté aucun inconvénient de la cohabitation dans ces divers cas; tous les survivants, sans exception, jouissent à l'heure qu'il est, de la plus florissante santé ou ont succombé à d'autres maladies. Voilà donc un ensemble de soixante-quatre cas absolument contraires à l'hypothèse de la phthisie.

Mais, dira-t-on, vous êtes tombé sur une série heureuse, et l'expérience d'autrui jure avec votre optimisme; nous ne demandons pas mieux que de tenir grand compte des résultats fournis par nos confrères.

Au même congrès de Genève, M. Leudet, *de Rouen*, a cité les chiffres suivants empruntés à sa clientèle. Dans cinquante-six familles, il a pu suivre le survivant après la mort d'un des conjoints. Quinze fois, c'est le mari qui est mort tuberculeux; quarante-et-une fois, au contraire, c'est la femme qui est morte la première, proportion inverse de ce que nous observons ici, mais en harmonie avec la statistique de Paris et de quelques grandes villes. Car, selon le Dr Clark, à Paris, le rapport des décès masculins par phthisie aux décès féminins est comme 10 est à 13,3, tandis qu'à Plancher-les-Mines, j'ai trouvé le rapport 10 : 6,3, soit à peu de chose près :: 3 : 2.

Sur les quinze premiers ménages, M. Leudet a constaté cinq fois le développement ultérieur de la tuberculose chez la femme survivante, qui est morte habituellement deux à trois ans après son mari. Une d'entre elles n'est morte que dix ans après.

Il ajoute que, sur ces cinq femmes, l'une avait une déviation rachidienne au moment du mariage, deux autres avaient perdu, l'une une sœur, l'autre une tante, de la même maladie, circonstances dont devra tenir compte le bilan de la doctrine contagioniste.

Sur les quarante-et-un ménages chez lesquels la femme est morte tuberculeuses, trois fois le mari devint tuberculeux par la suite.

M. Leudet nous dit bien que, dans l'espace d'environ dix ans, cinq femmes veuves sur quinze, soit 33,3 pour cent, trois hommes veufs, sur quarante-et-un, soit 7 pour cent, ont succombé à la phthisie pulmonaire. Mais, comme il omet de rapporter ces chiffres au coefficient (1), de la morta

(1) Bon nombre d'autres cas sont tout aussi concluants. Nous voulons parler de ceux où il s'agissait non de conjoints, mais de personnes jeunes, le plus souvent parentes des phthisiques et qui leur donnaient les soins les plus dévoués et les plus assidus. Jamais nous n'avons eu à déplorer de catastrophes à la suite de ces rapports incessants et prolongés entre des individus sains et des tuberculeux.

(1) On appelle coefficient de la mortalité d'un âge donné le rapport des décès annuels pour cent au chiffre de la population correspondante.

lité particulier à chaque sexe, à l'âge de fécondité, dans la ville de Rouen, ces données perdent beaucoup de leur valeur. Quoique nous n'ayons pas les éléments nécessaires pour combler cette lacune capitale de son travail, on ce qui concerne la cité normande, il nous a paru utile de chercher à évaluer approximativement les nombres qui y font défaut, d'après la statistique des départements due aux savantes recherches des M. le Dr Bertillon.

Selon cet éminent statisticien, il y a des départements qui perdent à peine un dixième de leurs jeunes gens de vingt à trente ans. Mais d'autres en perdent jusqu'à deux dixièmes, de sorte que mille majeurs ne donnent que sept cent quatre-vingt-dix à huit cent-trente individus de trente ans. Ici nous avons trouvé pour coefficient de la mortalité de vingt à vingt-cinq ans, 1,3 et 1,2 de vingt-cinq à trente ans, moyenne 1,25 (Voyez *Recherches statistiques sur la mortalité à Plancher-les-Mines à un siècle d'intervalle*, chez Adrien Delahaye). Il s'ensuit que le nombre des majeurs survivants à trente ans est d'environ 875.

Nos études nous ont en outre montré que de quinze à quarante ans, la moitié de la totalité des décès est due à la phthisie pulmonaire. Evidemment cette proportion peut être encore plus considérable dans les grandes villes (1).

Examinons maintenant à l'aide de ces données les chiffres cités par M. Leudet.

Sur cinquante-six personnes de l'un et l'autre sexes, il enregistre huit décès par phthisie, soit 14,2 0/0. A supposer que la population de Rouen perde les deux dixièmes de ses majeurs en dix années, et que les décès par phthisie, l'emportent en nombre sur ceux qui résultent d'autres causes, ce chiffre n'a absolument rien d'insolite et pas n'est besoin de recourir à l'auxiliaire de la contagion pour en avoir une bonne explication.

On se rassure complètement quand, avec l'auteur, on distingue les sexes. On voit, en effet, que sept hommes pour cent seulement ont succombé à la phthisie : ce qui implique une mortalité totale de 14 0/0, chiffre très probablement inférieur à la vérité, tandis qu'une proportion des décès féminins, égalant 33 0/0, ne peut être que l'effet d'un coïncidence malheureuse, d'autant plus facile à se produire que le nombre des cas que l'on considère est extrêmement restreint. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que sur cinq veuves devenues poitrinaires, deux ou trois aient été, par aventure, redevables de l'invasion d'une phthisie uniquement à une prédisposition héréditaire? Le grand écart des résultats fournis par les deux sexes est bien fait pour donner l'éveil et mettre en garde contre la tendance naturelle à formuler des déductions prématurées.

(1) A Paris le nombre des décès par phthisie est, en général, deux fois, et chez les femmes trois fois plus grand qu'à Plancher-les-Mines Sur cent décès, il y en a jusqu'à 13,4 dus à des femmes phthisiques ici, seulement, 4,8.

Ce n'est pas avec de pareils lambeaux de statistique que l'on peut avoir la prétention d'établir un point de doctrine aussi important que celui de la contagion de la phthisie.

Selon le même médecin, si l'on admet l'influence de la contagion dans le mariage, on doit reconnaître que cette contagion s'exerce plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Pour nous, nous n'apercevons là qu'une conséquence de la plus grande mortalité du sexe féminin du fait de la tuberculose dans les grandes villes, et nous inclinons à penser qu'à Plancher-les-Mines, par exemple, on trouverait le cas échéant, une proportion relative justement inverse.

En résumé, M. Leudet a observé chez les hommes une série passablement heureuse, chez les femmes, une série très défavorable, mais beaucoup trop restreinte, et il est à remarquer que l'ensemble de ses observations n'a rien de concluant pour la thèse des contagionistes. De notre côté, nous avons produit une série tout à fait contraire à la doctrine de la contagion. Qu'inférer de là? La prudence commande de s'abstenir de toute affirmation intempestive jusqu'à nouvel ordre. Que d'un bout à l'autre du territoire les praticiens se mettent à l'œuvre dans les conditions les plus variées de climat, de mœurs, d'habitations, etc.! Que l'on groupe en un seul faisceau tous les documents d'une vaste, d'une immense enquête. Quand on aura entre les mains une masse vraiment imposante de vingt, trente mille faits, par exemple, alors on sera autorisé à émettre des conclusions d'une valeur tout à fait incontestable. En attendant, cessons de jeter l'alarme parmi les populations, en semant des doctrines qui, non-seulement ne sont nullement démontrées, mais qui n'ont même pas en leur faveur le calcul des probabilités étayé sur le petit nombre des faits jusqu'ici connus !

Une question intéressante se présente ici. Quelle est, sur la veuve, l'influence de la conception pendant le cours de la phthisie du mari? Par suite des rapports intimes qui relient le produit à la mère et établissent une si étroite solidarité entre eux, une grossesse, dans ces conditions, n'est-elle pas à même d'engendrer l'imminence morbide et finalement la tuberculose chez la femme ?

Sur les dix femmes qui ont été exemptes de la tuberculose après la mort de leur mari phthisique, observées par M. Leudet, plusieurs eurent des enfants qui devinrent phthisiques, de telle sorte, ajoute-t-il, que l'on peut admettre que la phthisie du père est susceptible de se transmettre à ses enfants, sans atteindre la mère.

Dans notre étude statistique sur la phthisie nous avons rapporté dix cas dans lesquels la conception a eu lieu une ou plusieurs fois pendant la période confirmée de la phthisie du mari. Deux veuves seulement devinrent phthisiques à leur tour, mais dans des conditions idiosyncrasiques telles, et après un laps de temps si considérable (treize ans dans un cas, quatre dans l'autre), qu'il est impossible de reconnaître le moindre rapport de causalité entre leur maladie et celle des défunts. Notre statistique des dix dernières années

nous fournit encore six nouveaux cas de conception pendant la phthisie du père, et toutes ces veuves sont restées jusqu'ici indemnes de l'atteinte de la tuberculose. Nos résultats sont donc absolument négatifs et conformes, à cet égard, à ceux de M. Leudet.

En mettant à part l'importante question de l'hérédité, nous croyons donc que, jusqu'à plus ample informé, nous n'avons pas de raisons suffisantes, au point de vue du danger de la contagion, pour déconseiller le mariage avec un individu de l'un ou l'autre sexe, entaché de la prédisposition ou de la diathèse tuberculeuse, ainsi que MM. Corradi et Leudet n'ont pas hésité à le proposer au congrès de Genève. D'ailleurs, selon la remarque opportune de M. Lombard, le président du congrès, n'oublions pas que l'amour a un bandeau et que la première chose à faire, pour que nos conseils pussent être efficaces, serait d'enlever ce bandeau; et d'un autre côté, il faut convenir avec M. Landowski, d'*Alger*, que nous nous heurterions là à des difficultés absolument insurmontables, car il n'y a que le médecin qui pourrait être appelé à apprécier l'état du futur conjoint, et, nous le demandons, comment concilier sa délicate fonction avec l'obligation sacrée du secret professionnel?

Un point sur lequel tous les orateurs du Congrès ont été d'accord, et certes il ne saurait y avoir à cet égard aucun dissentiment, c'est la nécessité de la résistance organique à apporter dans la lutte contre une maladie qui est véritablement le fléau de la civilisation moderne. Connaissant l'influence funeste qu'exercent sur le développement de la phthisie toutes les causes déprimantes banales, le médecin vraiment digne de ce nom, qui a souci avant tout de la prophylaxie des maladies, doit donc employer tous ses efforts à relever le degré de cette résistance, en préconisant les moyens efficaces dont l'hygiène dispose. Ici se range en premier lieu le bienfait d'une saine habitation. Radémaque, grand partisan de la contagion de la phthisie, va jusqu'à dire : « La phthisie n'est probablement pas capable d'exercer sa force contagieuse dans les appartements spacieux et aérés des riches. » N'est-ce pas un aveu implicite de l'invalidité de ses preuves en faveur de la contagion, et n'est-on pas en droit de supposer qu'il n'a vu des exemples de transmissibilité de la phthisie, que là où des causes déterminantes vulgaires avaient pu l'engendrer de toutes pièces?

Une bonne prophylaxie est naturellement fondée sur l'étude consciencieuse des causes de la maladie que l'on considère. Après Quételet, Villermé, Benoiston, nous avons sigalé les trois causes suivantes comme ayant contribué de concert à multiplier la tuberculose chez les jeunes adultes du XIXe siècle : 1° l'habitation des villes; 2° les travaux de l'industrie; 3° la vie des casernes. A propos de cette dernière, par exemple, on a remarqué que, tandis que la mortalité civile ne n'élève pas à plus de 10 0/0 de vingt à trente ans, elle est de dix-huit à vingt dans l'armée intérieure. Une loi qui réduirait à trois ans la durée du service militaire actif, ne pourra donc que réjouir le cœur d'un économiste soucieux de la vie de ses concitoyens, et conséquemment de l'avenir de son pays. Selon nous, la cause capitale de l'aggravation de la mortalité des jeunes gens et de l'extension de la tuberculose, c'est, d'une manière générale, *la réclusion*. Cette circonstance étiologique embrasse les trois précédentes, au fond desquelles on la rencontre toujours. Il y a même des causes qui n'ont en apparence avec elle que des rapports éloignés, et, qui, pourtant en dépendent directement, je citerai la masturbation par exemple. Pas plus que l'homme, les animaux ne résistent à cette cause puissante de dissolution et de ruine. La réclusion est au fond de toutes les institutions sociales; on la retrouve dans le travail de l'industrie, dans les habitations des villes, dans les établissements consacrés à l'éducation. Le grand tort de la civilisation, c'est de la multiplier et de l'entretenir sous toutes les formes. Plus la civilisation progresse et s'infiltre dans les masses, plus elles se condamnent à une réclusion plus ou moins sévère, soit dans la personne des adultes, soit plus fâcheusement encore, dans celle des enfants. Là est le danger, soyons-en convaincus; par bonheur le mal n'est pas sans remède et, quand une fois il est connu, on ne manque pas d'armes pour le combattre. Mais nous nous arrêtons; le but de ce modeste travail est de soulever quelques questions d'une importance qui n'échappe à personne, et non de les résoudre.

Conclusions.

Nos études statistiques sur la mortalité à Plancher-les-Mines sont loin d'être favorables à l'hypothèse de la contagion de la phthisie.

Sur soixante-quatre cas, dans lesquels un des conjoints a succombé à la tuberculose, à l'âge de fécondité, nous avons recueilli deux cas seulement où l'autre conjoint soit devenu phthisique, et cela après un laps de temps et avec des prédispositions avérées telles, que toute idée de transmission doit être écartée.

Au récent Congrès de Genève, M. Leudet, *de Rouen*, a apporté, à l'appui de la doctrine contagioniste, une statisque comprenant cinquante-six cas, sur lesquels huit fois le conjoint survivant a succombé à la phthisie. Rapport: 14 0/0.

Nous avons fait voir que, si l'on tient compte, d'une part, du coefficient de la mortalité, d'autre part, de la différence des résultats selon le sexe, enfin du petit nombre des femmes veuves considéré et de la probabilité d'une prédisposition diathésique chez plusieurs d'entre elles, ses conclusions ne paraissent nullement justifiées, et qu'il serait plus légitime de donner à ses résultats une interprétation contraire à la thèse qu'il défend.

Vu le petit nombre des cas étudiés, nous nous sommes prudemment abstenu de nous prononcer d'une manière définitive; mais, avec M. Vallin, nous pensons qu'il convient de faire le plus d'agitation possible autour de la question pendante, afin de susciter une multitude de recherches statis-

tiques et de réunir, en fin de compte, les éléments d'une vaste enquête, seule capable de conduire à des déductions tout-à-fait irréprochables.

La conception, pendant la maladie du père, ne nous a point paru susceptible de transmettre à la mère le germe de la tuberculose.

Nous croyons enfin qu'au lieu de donner des conseils pour éviter une contagion très probablement illusoire, il vaut mieux s'attacher à chercher les causes de la tuberculose et à les combattre dans la mesure du possible. Au premier chef, nous avons incriminé la *réclusion*, que les progrès de la civilisation contribuent à introduire de plus en plus dans nos mœurs, et nous émettons, en finissant, l'espoir qu'il n'est pas impossible de lutter efficacement contre cette cause active de destruction, en mettant en pratique les préceptes d'une bonne hygiène sociale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Syndicats Médicaux.

Quelques mots d'historique. — Situation actuelle

Le nombre des incrédules fut bien considérable le jour où, il y a deux ans, le *Concours médical* émit, pour la première fois et fort discrètement, l'avis que le corps médical pouvait retirer de grands avantages moraux et matériels de la création des syndicats professionnels. Quelques personnes ne virent, dans cette idée, qu'une illusion ; d'autres furent beaucoup plus sévères dans leur jugement et ne voulurent reconnaître dans cette proposition, que le produit d'une imagination maladive.

Certes, il fallut du courage aux premiers initiateurs des syndicats médicaux pour braver ce qu'on pouvait alors, — et avec quelque raison, — considérer comme l'opinion commune, et s'engager résolument dans une voie nouvelle. à laquelle on s'obstinait à ne pas voir d'issue. A ce point de vue, on ne saurait témoigner trop de gratitude à ceux qui, avec notre cher Directeur, nous ont ouvert la carrière, et les noms de MM. les docteurs Margueritte, du Havre, et Mignen, de Montaigu (Vendée), doivent nous inspirer les sentiments de la plus ardente sympathie, en même temps ceux de la plus vive reconnaissance. Sur la brèche, dès la première heure, il leur a fallu, pour lutter contre la mauvaise volonté de quelques-uns et l'indifférence du plus grand nombre, ce qui constitue le « *Fortem ac tenacem propositi virum,* » du Poëte latin.

Mais, s'ils ont traversé des heures de tristesse, ils ont en revanche dû éprouver un sentiment de légitime fierté, quand ils ont vu le corps médical, presque tout entier, s'engager à leur suite sur le terrain de revendications professionnelles et poursuivre, un peu partout, la réalisation de ce qu'ils avaient tenté, avec succès, dans le rayon de leur sphère respective.

Peu à peu, le mouvement s'étendit dans d'autres régions. A l'incrédulité de la première heure, la réflexion avait fait succéder, chez quelques-uns l'espérance, chez beaucoup la certitude d'une amélioration dans la situation générale du corps médical.

De nouveaux syndicats furent alors projetés et, bientôt les bases en étaient acceptées par un nombre considérable de médecins. C'est à cette époque que remonte la création des syndicats du Lot-et-Garonne, d'Indre-et-Loire, de Coutras, ce dernier formé par un groupe important de médecins appartenant aux parties limitrophes des départements de la Gironde, de la Dordogne, de la Charente, de la Charente-Inférieure. C'était au mois d'août 1881. Le mois de septembre vit aussi se constituer des syndicats, depuis quelque temps en projet : ce furent ceux de la Nièvre, des Basses-Cévennes, etc. Tout marchait donc à souhait, et on pouvait espérer la continuation du mouvement commencé sous de si heureux auspices.

Et pourquoi en eût-il été autrement? La conséquence immédiate de la création des syndicats médicaux ne devait-elle pas être l'amélioration matérielle du sort du plus grand nombre des praticiens? Mieux payés, mieux considérés, les plus déshérités de la fortune voyaient enfin poindre le jour où ils trouveraient, dans la juste rémunération de leurs pénibles et dangereuses occupations, sinon la richesse, du moins un bien-être relatif. Dès lors, les jalousies mesquines, les concurrences déloyales devaient devenir de plus en plus rares. Du moment où tous pourraient vivre honorablement des fruits d'un labeur honnête, les actes d'indélicatesse devaient rester l'apanage peu enviable de ceux qui étaient possédés du démon de l'argent... *Auri sacra fames.*

Une conséquence non moins sûre, non moins inévitable, était l'accroissement proportionnel de la dignité du médecin et de la considération dont il était entouré.

Mais un certain nombre de dignitaires de l'Association générale prirent peur et, dans leur panique, crurent voir, dans les syndicats, le monstre qui voulait dévorer l'œuvre à laquelle ils avaient donné tout leur amour.

Un mot d'ordre parti d'en haut fut-il envoyé aux Sociétés locales? Je ne saurais l'affirmer. Mais les sentiments de défiance avec lesquels furent accueillies les propositions faites dans ces sociétés, nous permettent de supposer qu'il en dut être ainsi. Sans revenir aujourd'hui sur les raisons qui furent alors données, soit à l'Assemblée générale, soit aux réunions d'un certain nombre de Sociétés départementales, et dont nous avons fait ailleurs la critique, nous pouvons dire qu'une opposition souvent très vive, presque toujours injuste, fut faite un peu partout à l'œuvre des syndicats.

Dès lors, il y eut naturellement un temps d'ar-

rêt; mais il ne devait pas être de longue durée. On vit bien que l'Association générale et l'œuvre des Syndicats étaient chose distincte. On se rendit compte que non seulement ces deux institutions n'étaient pas incompatibles, mais qu'elles devaient se compléter, en quelque sorte, l'une l'autre, et se prêter un mutuel appui.

Le mouvement, un instant ralenti, fut, en effet, bientôt repris avec un nouvel entrain et on le vit rapidement s'étendre sur tous les points de la France. Aujourd'hui, des syndicats existent dans les deux tiers de nos départements ou bien sont en voie de formation. Quelques départements comme l'Eure, la Gironde, en comptent même plusieurs.

Un fait nous a surtout frappé dans l'examen de nombreux documents que nous avons consultés: c'est l'inégale répartition des syndicats formés ou projetés. Les départements les plus pauvres sont ceux où le mouvement est le moins accentué. Il semblerait pourtant que le besoin d'entente dût surtout se faire sentir dans ces régions. Malheureusement, c'est aussi dans ces contrées que la lutte pour l'existence éloigne précisément ceux que des intérêts communs devraient plus solidement unir.

Les départements du Nord de la France ont aussi paru, jusqu'à ces derniers temps, singulièrement s'attarder. Mais, ici, les mêmes raisons ne doivent plus être invoquées pour nous fournir l'explication du fait observé. Plus favorisés que bien d'autres, nos honorables confrères de cette région possèdent, en effet, une Société qui s'occupe d'eux et soutient dignement les intérêts du corps médical: nous avons nommé la Société médico-scientifique du Nord-Est. Malgré cela, le besoin de resserrer les liens qui unissent les membres du corps médical paraît également se faire sentir dans ces riches contrées et, là aussi, des associations syndicales sont en voie de formation.

Autre observation qui nous montre bien jusqu'à quel point les idées se sont modifiées depuis quel-temps dans un sens favorable aux syndicats. Nous avons dit plus haut que les Sociétés locales avaient, au début, opposé un « *non possumus* » absolu à ceux qui proposaient de créer des syndicats médicaux. Eh bien! par un de ces revirements que nous sommes habitués à voir se produire assez souvent dans l'histoire de l'esprit humain, nous voyons aujourd'hui un grand nombre de Sociétés locales se mettre à la tête du mouvement et prendre l'initiative de provoquer la formation de syndicats départementaux. Nous pouvons citer comme se trouvant dans ce cas, les Sociétés de la Drôme, de Seine-et-Marne, de la Vienne, de l'Yonne, des Vosges, du Gers, de la Dordogne, etc.

Nous devons même dire qu'un certain nombre de nos confrères se sont émus de ce revirement subit et ont manifesté la crainte de voir l'institution naissante absorbée, étouffée par sa robuste devancière. A eux de veiller qu'il n'en puisse être ainsi. Qu'ils acceptent avec reconnaissance les bons offices de l'Association, mais, avant tout, qu'ils veillent avec un soin jaloux pour conserver à chaque association son caractère propre, en donnant à chacune un bureau différent et, pour employer l'expression pittoresque dont s'est servi un de nos confrères en manifestant ses craintes, *qu'ils ne laissent pas mettre les deux têtes dans le même bonnet*. Ce n'est pas que nous ayons la prétention d'exclure des bureaux des syndicats les membres des bureaux des sociétés locales. Un semblable ostracisme serait à la fois une insigne maladresse et une injustice impardonnable. Nous demandons seulement que chaque société conserve son autonomie et la direction distincte avec un personnel *autant que possible* différent de l'Association voisine.

Voici la liste des syndicats médicaux actuellement existants. Peut-être qu'au moment où elle sera publiée, quelques-uns qui ne sont aujourd'hui qu'à l'état de projet, se seront définivement constitués. Malgré tout le soin que nous avons apporté dans nos recherches, il pourrait se faire que quelques-uns nous aient échappé. Nous prions nos honorables confrères de vouloir bien compléter nos listes en adressant au *Concours* toutes les rectifications nécessaires.

Syndicats créés

Vendée;	Bernay (Eure);
Havre;	Gisors (Vexin) (Eure);
Lot-et-Garonne;	Saint-Amand (Cher);
Indre-et-Loire;	Charente;
Coutras (Gironde);	La Rochelle;
Médoc; —	Valenciennes (Nord);
La Réole —	Toul;
Nièvre;	Allier;
Finistère;	Loiret;
Basses-Cévennes (Hérault et Gard);	Saint-Lô (Manche);
	Deux-Sèvres;
Montpellier (Hérault);	Vosges;
Brioude (Haute-Loire);	Cher
Haute-Saône;	Thonon;
Rosoy-sur-Serre (Aisne);	Isère;

Syndicats actuellement à l'étude.

ou devant être prochainement constitués, qui nous ont été signalés:

Bouches-du-Rhône;	Pas-de-Calais;
Orne;	Corrèze;
Drôme;	Saône-et-Loire;
Meurthe-et-Moselle;	Indre;
Ain;	Aisne;
Somme;	Marne;
Deux-Sèvres;	Gers;
Var;	Sarthe;
Seine-et-Marne;	Gironde (Bordeaux);
Vienne;	Dordogne;
Haute-Garonne;	Nord;
Yonne;	Oise;
Vosges;	Aveyron;
Côte d'Or;	Aude.

Que nos confrères ne se laissent point décourager par les difficultés qu'ils pourront rencontrer. S'ils trouvent des indifférents, si des obstacles se dressent devant eux suscités par la

mauvaise volonté, qu'ils passent outre et s'organisent, le moment est venu, et les listes qui précèdent parlent assez haut pour nous dispenser de tout commentaire.

Dr Ad. BARAT-DULAURIER,

Ex-interne des hôpitaux de Paris,
Secrétaire de la commission générale des syndicats.

II

ENSEIGNEMENT PRATIQUE.

L'Ecole et l'hôpital dentaires libres de Paris.

Il y a déjà longtemps que nous étions au courant des tentatives d'organisation de la profession de *Dentiste*. Il en avait été question dans le cours des séances de la Commission de Révision de la législation. M. le Dr AUBEAU, Rédacteur en chef de *l'Odontologie* et professeur de l'Ecole dentaire de Paris, avait assisté à l'une de ces séances en qualité de membre du *Concours médical*. Il avait bien voulu renseigner les membres de la Commission sur les efforts qu'on faisait pour arriver à l'organisation de l'Ecole dentaire,

Nous avons assisté le samedi 4 novembre à la *séance d'inaugaration* des cours qui a lieu pour la troisième fois depuis la fondation de l'Ecole.

Les membres fondateurs sont très nombreux; les dons considérables en argent, appareils, instruments, livres, etc., ont placé l'institution dès ce moment sur un pied fort respectable.

Des cours pratiques et scientifiques sont professés régulièrement par MM. les Drs Aubeau, Deny, Thomas, Decaudin, Ramonat, Gérard, David, et MM. Viron, Poinsot, Levett, Pillette.

Les aspirants au brevet de Dentiste, délivré par l'Ecole, doivent faire une année de stage auprès d'un praticien et suivre durant deux années les cours de l'Ecole. Le nombre des élèves va sans cesse croissant.

La séance du 4 novembre a été remarquable. La salle des conférences était trop étroite pour contenir l'auditoire, en vérité, fort distingué, qui se pressait pour écouter l'éloquente allocution du Président, M. Lecaudey, et l'intéressante conférence de M. le Dr Aubeau.

La création de *l'Ecole dentaire de Paris* répondait à un véritable besoin. Les organisateurs, par leur énergie et leur dévouement, ont donné un bon exemple. Sans réclamer aucune de ces modifications législatives, si lentes à venir, ils ont créé l'enseignement qui leur manquait, qu'ils ne trouvaient nulle part. Ils ont comblé une importante lacune et, par la délivrance de leurs *Diplômes*, ils procureront à leur profession un avenir et une considération qui lui manquaient jusqu'ici.

Les bonnes causes n'ont pas besoin de patrons, mais elles ont souvent la bonne fortune d'en rencontrer. C'en est une pour *l'Ecole dentaire* que d'avoir pu se concilier le patronage de M. le professeur Trélat.

« J'ai hésité longtemps, a-t-il dit, avant de me prononcer et d'accepter de présider votre séance d'inauguration. Mais j'ai vu, j'ai jugé et j'ai trouvé votre œuvre bonne; je suis certain que vous réussirez; je puis même dire aujourd'hui, vous avez réussi. »

Après cet exorde, M. Trélat qui n'est pas seulement un maître de la scienoe, mais aussi un maître de la parole, a charmé son auditoire par une foule de réflexions humoristiques, d'aperçus ingénieux, de conseils fort sensés, qui ont soulevé, à chaque instant, de chauds applandissements.

Les lecteurs du *Concours* feront bien de lire ce discours dans le compte-rendu qu'en donnera le journal de l'Ecole dentaire, publié par notre distingué confrère, le Dr Aubeau.

C'est peut-être aux cours pratiques de *l'Ecole dentaire libre*, que les *Etudiants en médecine* voudront bientôt aller recueillir de précieux enseignements.

Les leçons de la *Faculté* présentent encore bien des lacunes. Il semble, par contre, qu'on accumule bien des difficultés dont la nécessité ne nous paraît pas démontrée, devant les étudiants en quête du diplôme doctoral.

Ces questions d'enseignement ont le don d'émouvoir vivement les médecins qui veulent faire embrasser leur profession à leurs enfants. Ils trouvent que le séjour à l'école est assez long et onéreux pour être en droit de demander que leurs fils en aient tout le profit possible.

Nous remplirons notre tâche lorsque le moment sera venu de nous occuper de l'enseignement des Facultés.

La voix des membres de notre société a quelque droit de se faire entendre sur ces sujets si intéressants. Nous nous efforcerons d'être leur interprète fidèle en ne réclamant que ce qu'ils trouveront juste et possible. A. C.

III

MÉDECINE MILITAIRE.

Les Evacuations sanitaires (1).

Monsieur le Directeur.

Vous aviez demandé aux lecteurs du *Concours* de vous écrire leurs remarques au sujet de l'Etude sur les Evacuations sanitaires que je vous ai communiquée; vous m'avez transcrit quelques lignes d'une lettre d'un médecin d'un hôpital de province qui a été froissé par certaines phrases auxquelles il attachait un sens que seul il voit entre les lignes. Si j'avais à dire du mal des médecins civils, ce n'est pas précisément dans le *Concours* que je l'aurais fait et vous ne l'auriez pas permis: du reste, je n'y pensais nullement. Donc je dis:

1° « Mais, me dira-t-on, vous allez soustraire les blessés aux chirurgiens habiles qui auraient pu obtenir de magnifiques résultats.

« Ici se pose la question de savoir s'il vaut

(1) V. *Concours médical*, n° 43.

mieux un air pur et un chirurgien peu habile, ou bien un air mauvais et un habile chirurgien. »

Votre correspondant trouve que je traite avec mépris le corps des médecins des hôpitaux de province.

Jusqu'ici, dans toutes les guerres et dans tous les pays, on a réuni les blessés dans de grands services à la tête desquels étaient des sommités chirurgicales civiles ou militaires. C'est ce qui explique ma première phrase, et dans ma deuxième, j'oppose à ces sommités les chirurgiens des petits hôpitaux, qui, avec leurs pratiques, surtout médicales, sont, quoi qu'on en dise, peu habiles, en regard des chirurgiens des grands hôpitaux civils ou militaires. Peu habiles ne veut pas dire maladroits, et je ne peux pas pourtant changer la valeur des mots.

2o Je dis encore :

« On voit que la question du Chirurgien est effacée par celle de l'atmosphère et, ce qui le prouve, c'est la situation des hôpitaux de Paris, où se trouvent les sommités chirurgicales, mise en regard de celle des hôpitaux de province qui n'ont pour eux que l'air pur. »

A Paris, quelle est la qualité dominante? c'est le chirurgien.

En province la qualité dominante c'est l'air pur; quant aux chirurgiens, la plupart se contentent de faire leur devoir en pratiquant les leçons des maîtres.

3o Je dis enfin:

Evidemment le service territorial médical aura beaucoup à faire pour suivre les malades, les faire rejoindre (etc.), même pour intervenir au besoin et prêter aux médecins civils des petits hôpitaux le secours de leur expérience. »

Je mets en regard deux hommes, l'un qui, occupé de clientèle civile, fait quelques opérations chaque année ; l'autre, qui a vieilli dans les hôpitaux militaires, voit chaque jour des blessés de toute nature, et a fait plus de mille opérations pour des blessures de guerre ; de ces deux hommes, quel est celui qui pourra conseiller l'autre et, quant aux opérations délicates, et quant à l'application des règlements militaires?

Je laisse à votre correspondant le soin de se faire la réponse à lui-même. Dr Audet.

M. le Dr Audet a bien raison, quand il dit qu'il a fallu une méprise pour interpréter les phrases citées autrement qu'il ne le fait lui-même. Nous le remercions du commentaire qu'il a bien voulu nous adresser.

IV

Déontologie médicale.

Un Conseil municipal chatouilleux,

Il y avait, une fois, un docteur en médecine qui, cherchant à s'établir quelque part, reçut d'un parent ou d'un ami, des renseignements assez favorables sur le chef-lieu de canton de.... Vite d'aller s'y installer. Mais, à peine arrivé, le disciple d'Esculape s'aperçut qu'il n'y avait rien à faire dans le pays. Il s'adressa au conseil municipal lui demandant une subvention ; celui-ci refusa net, sous ce prétexte que la commune n'était pas assez riche. Le médecin vécut, comme il put pendant environ dix-huit mois; puis, voyant enfin que la situation n'était pas tenable, il prit le parti d'aller chercher fortune ailleurs ; fortune est ici un mot tout à fait relatif.

Mais, avant de partir n'eut-il pas l'imprudence d'envoyer à un journal médical une note que celui-ci s'empressa de reproduire, dans l'intérêt même de tous les membres de la corporation ; cette note était ainsi conçue: « M. le Docteur « X..., sur le point de quitter le poste médical de... qu'il occupe, engage ses confrères à ne pas se laisser leurrer par les « offres magnifiques auxquelles il s'est laissé « prendre: un médecin ne peut se faire plus de « 2,000 fr. à X..., il n'y a, dans ce pays, aucune « subvention, la population y est trop pauvre et « trop faible. »

Ce fut un coup de foudre! le maire s'émut, les conseillers municipaux se démenèrent; on alla trouver M. le Préfet; on réunit en séance extraordinaire le Conseil et l'on demanda à M. le Docteur X..., une rétractation, tout en le menaçant de poursuites et d'une instance en 10,000 fr. de dommages et intérêts.

Dix mille francs! vous avez bien lu. Il fait chaud à se gausser de la commune de...

Abasourdi par une pareille demande, notre docteur fut sur le point de se rétracter et de publier que la commune de... était le paradis terrestre des médecins; qu'un docteur pourrait facilement s'y faire des recettes; que la population était très nombreuse et souvent malade; qu'elle payait les consultations au poids de l'or et les visites à un taux fabuleux, etc., etc. Nous ne savons même pas trop s'il ne commit pas l'imprudence d'écrire quelques lignes en ce sens. Mais notre docteur réfléchit et s'empressa de consulter le *Droit populaire*.

Ce que nous lui conseillâmes, vous le devinez, ce fut de ne rien rétracter et de résister aux singulières prétentions de son conseil municipal. D'où assignation de la part de ce dernier en paiement de dix mille francs de dommages et intérêts.

Ce sera un procès bien curieux.

Réclamer dix mille francs de dommages et intérêts à un Monsieur qui se permet de dire que la commune de... possède, en fait de richesses, une population trop faible et trop pauvre; c'est après tout un moyen comme un autre de donner du ton à une caisse municipale anémique.

Chatouilleux, soit; mais ingénieux le conseil municipal de...

Il nous permettra seulement de douter du succès de son entreprise. Pauvreté n'est pas vice. Il eût mieux fait de passer sous silence un incident aussi insignifiant. (*Le Droit populaire.*)

REVUE

DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET DES MALADIES DE LA PEAU (*Fin*).

IX

Expériences d'inoculation de la syphilis sur les animaux.

La transmission de la syphilis aux animaux a toujours préoccupé les syphiliographes et des expériences nombreuses ont été tentées pour arriver à la solution du problème dans un sens ou dans l'autre.

De nouvelles tentatives viennent d'être faites en Autriche par Haensell; en France, par le Dr Rebatel, de Lyon, et par MM. Martineau et Hamonic.

Je vais successivement passer en revue tous ces travaux très intéressants au point de vue social.

Haensell, après avoir démontré que les produits de la tuberculose, injectés dans la chambre antérieure de l'œil d'un animal quelconque, donnaient naissance à des tubercules identiques à ceux qu'on observe sur l'iris de l'homme, dirigea ses recherches du côté de la syphilis et fit une série d'expériences dont il consigna les résultats dans les *Archives d'ophthalmologie de Berlin* et que l'on retrouvera dans les *Archives de dermatologie et de syphiliographie de New-York* (avril 82). « Dans la première expérience, il prit un lapin et lui injecta dans la chambre antérieure de l'œil, le produit de sécrétion d'une syphilis tuberculeuse ulcérée siégeant sur la région sternale d'une femme. Le quatrième jour le pus était résorbé, mais l'animal succomba le dix-neuvième jour à une entérite catarrhale aiguë.

« L'autopsie, faite spécialement au point de vue des lésions oculaires, ne fit rien découvrir de particulier.

« Haensell fit alors une seconde expérience. Il injecta le même produit dans la chambre antérieure de l'œil droit et dans la cornée gauche d'un lapin. Le quatrième jour, le liquide injecté était résorbé. Vingt-cinq jours après, une iritis se développa, accompagnée d'opacité de l'humeur aqueuse et d'un cercle périkératique. L'iris était d'un gris rougeâtre, enflammé à sa partie moyenne, il avait de plus une synéchie postérieure. Trente-quatre jours après l'inoculation, quatre petits tubercules grisâtres se montrèrent sur le bord inférieur et interne de l'orifice pupillaire. D'un développement très lent, ils gardèrent pendant plusieurs semaines le volume de la moitié d'un grain d'orge. Le premier de ces tubercules était recouvert d'un lacis de vaisseaux très fins, visibles seulement à l'aide d'une loupe.

« Au troisième mois ces tubercules furent cachés à la vue par suite d'un pannus intense qui se développa progressivement des bords au centre.

« Au point d'inoculation, un abcès se forma et donna issue à une petite quantité de pus sans jamais occasionner la nécrose et la perforation de la cornée. Le quatrième mois, le limbe cornéal, la conjonctive et la sclérotique furent soulevés par des tumeurs vasculaires assez grosses et que l'examen anatomique fit reconnaître pour des gommes du corps ciliaire.

« Sur l'œil gauche, où l'inoculation avait été pratiquée dans le parenchyme même de la cornée, quelques petites tumeurs se développèrent en six semaines et présentèrent à leur surface un lacis de vaisseaux. De plus, sur le foie et sur la paroi abdominale, on percevait des tumeurs de la grosseur d'un haricot. A part ces tumeurs, on ne constatait aucune trace de syphilis. L'animal commença à maigrir et mourut le septième mois. A l'autopsie, on trouva le foie et les poumons parcourus par de petites tumeurs dures constituées principalement par des cellules rondes, des cellules épithélioïdes à noyaux multiples et, çà et là, une cellule géante.

« L'examen au microscope de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire des deux yeux fit reconnaître les mêmes produits qu'après l'inoculation du tubercule.

« Haensell inocula ensuite, dans une troisième expérience, des lambeaux de plaques muqueuses anales dans la chambre antérieure des deux yeux chez deux lapins. Très peu de temps après, une kératite et une iritis très intenses se développèrent dues sans aucun doute à la nature septique des produits inoculés. Un des animaux succomba et l'on trouva à l'autopsie des tubercules de l'iris analogues à ceux décrits plus haut. Chez l'autre lapin, l'inflammation de la cornée et de l'iris disparut au bout de dix jours et les deux yeux reprirent leur limpidité normale. Le trente-et-unième jour de l'inoculation, on vit se développer une iritis secondaire type, avec cercle périkératique, opacité de l'humeur aqueuse, infiltration de l'iris qui devint gris rougeâtre. En même temps, trois ou quatre tubercules fortement vascularisés, se développèrent sur la moitié inférieure de l'iris, près de l'angle irido-ciliaire. Ces tumeurs demeurèrent ainsi pendant plusieurs mois, sans changer de volume, lorsque l'animal vint à mourir. A l'autopsie on trouva dans le foie des nodosités du volume d'un haricot constituées par des cellules épithélioïdes assez larges, quelques cellules géantes et du tissu réticulé. L'iris et les corps ciliaires présentaient des tumeurs d'une structure semblable à celle du tubercule.

« Dans la quatrième expérience, Haensell inocula dans la chambre antérieure de l'œil des lambeaux de tissu sclérosé enlevé au prépuce d'un syphilitique. Et sur un autre lapin, il inocula des fragments d'un chancre infectant. Chez ces deux lapins il constata — le troisième mois chez l'un, le premier mois chez l'autre — des petites taches blanchâtres constituées par du tissu irien atrophié et décoloré.

« Ces deux dernières expériences présentèrent une remarquable analogie avec la syphilis de l'homme. Après une incubation d'un mois, il se développa une iritis subaiguë suivie, au bout de quelques jours, par des tumeurs fortement vascularisées semblables aux gommes de l'iris chez l'homme. Celles-ci peuvent être considérées comme des papules syphilitiques, car elles conservèrent toujours la même forme et la même grandeur. Quant aux gommes du second lapin, elles offrirent une plus grande ressemblance avec les gommes de l'homme à cause de leur développement tardif et de leur volume. »

Haensell termine sa communication en indiquant le caractère anatomique différentiel entre la gomme et le tubercule : la première est traversée par des vaisseaux perméables, tandis que le tubercule en est complètement dépourvu.

De ces diverses expériences faites sous les yeux du professenr Arlt, de Vienne, les plus concluantes, ou du moins celles qui se rapprocheraient le plus de l'évolution normale de la syphilis, sont les trois dernières, c'est-à-dire celles dans lesquelles Haensell employa le virus réellement contagieux de la syphilis ; savoir le pus des plaques muqueuses, et la sérosité du chancre. Ainsi qu'on peut le voir dans la quatrième expérience, il se produisit d'abord une irritation locale, traumatique de l'œil, et, un mois plus tard, il y aurait eu une iritis secondaire, accompagnée de tumeurs vasculaires.

Dans les deux dernières expériences, il y eut une incubation d'un mois et une incubation de trois mois, rien ne semble, au premier abord, plus en concordance avec les faits; seulement Haensell aurait dû faire des contre-expériences et s'assurer *si un produit septique quelconque, autre que le tubercule et le syphilôme*, ne produirait pas les mêmes désordres locaux et généraux. En outre, l'œil est, à mon sens, un organe peu favorable aux inoculations. Sa richesse en éléments nerveux et vasculaires et, partant, son exquise sensibilité, le mettent dans des conditions mauvaises pour les expériences dont il s'agit. On doit toujours, et autant que possible, choisir les régions riches en vaisseaux lymphatiques, la face interne des lèvres, la langue, les organes génitaux, la région inguinale ; et il faut toujours pratiquer les inoculations en faisant le moins de délabrements possibles, et il faut y aller avec la même douceur, les mêmes précautions que pour la vaccine, je sais bien que sur le lapin, les régions que je viens d'indiquer ne sont guère faciles à choisir pour les inoculations; mais chez ces animaux, de même que chez le chat, on a un organe tout indiqué, c'est la face interne du pavillon de l'oreille. Et lorsqu'une inoculation faite avec du liquide contagieux syphilitique provenant d'*un chancre* ou de *plaques muqueuses*, aura produit sur l'animal un chancre, dans ces conditions-là, on sera pleinement autorisé à dire que l'inoculation a été positive et qu'on a un animal syphilisé. Aussi devons-nous faire de très grandes réserves sur le caractère syphilitique des lésions provoquées par les inoculations faites par Haensell.

D'ailleurs, les expériences récentes du Dr Rebatel, de Lyon (publiées dans le *Lyon Médical*), viennent encore de prouver que les animaux sont réfractaires à l'imprégnation syphilitique. M. Rebatel a inoculé, ou mieux a introduit, sous la peau de la région inguinale d'une jeune chienne, un chancre syphilitique excisé. Pendant les premiers jours, il y eut, à dire vrai, un gonflement inflammatoire de la région et des ganglions; mais cela disparut et, pendant tout le temps que l'on maintint la chienne en observation, on ne constata jamais la moindre manifestation syphilitique.

Dans une seconde expérience M. Rebatel injecta dans la jugulaire d'un jeune chien, environ 150 grammes de sang défibriné provenant d'un syphilitique en pleine période secondaire. Les résultats furent également négatifs. En outre, les rejetons de ces deux animaux ne présentèrent jamais trace de syphilis héréditaire.

Avant d'aborder l'étude des expériences de MM. Martineau et Hamonic, je dirai quelques mots de celles faites, en 1875, par Klebs sur le singe et qui sont autrement concluantes que celles de Hænsell. Mais ce sera pour un prochain article.

Dr Armand Rizat.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Syndicat de la Drôme.

Monsieur et cher Directeur,

L'association locale des médecins du département de la Drôme s'est réunie le 26 octobre à Valence pour délibérer sur l'opportunité de la création d'un syndicat. Cette création a été déclarée opportune et une Commission d'une dizaine de membres a été nommée et chargée de préparer un projet de statuts qu'elle présentera à la réunion qui aura lieu dans le courant du mois de décembre à Valence et à laquelle seront invités, chacun en particulier, tous les médecins de la Drôme et de l'Ardèche.

Je vous prie de vouloir bien m'adresser les imprimés, et, d'une façon générale, les documents nécessaires à l'étude que doit faire la Commission dont je fais partie, etc... »

Agréez, etc..., Dr Brémond.

II

Syndicat des Basses-Cévennes.

Le Vigan (Gard), 6 novembre 1882,

Très honoré confrère,

Le Syndicat médical des Basses-Cévennes a tenu jeudi dernier sa réunion semestrielle (la troisième depuis la constitution définitive.)

Malgré quelques absences, quatorze adhérents avaient

fait pour la plupart un long trajet, afin de participer aux efforts tentés pour resserrer les liens de confraternité si relâchés depuis longtemps. — L'ordre du jour était peu chargé, les discussions ont été très fructueuses.

On a constaté, tout d'abord, l'heureuse influence produite sur les clients par l'innovation déjà mentionnée dans le *Concours*, et qui consiste en l'inscription sur la note d'honoraires, à côté des sommes dues, des deux articles suivants extraits de nos statuts :

Art. premier. — Les médecins syndiqués s'engagent à envoyer leurs notes d'honoraires au moins deux fois par an, soit par la poste, soit par un encaisseur.

Art. 2. — Les médecins syndiqués s'astreignent à refuser leur soins à toute personne qui, trois mois après la réception de sa note d'honoraires, n'aura pas réglé sa situation vis-à-vis du médecin dont elle est débitrice. — Dans les localités, Ganges, par exemple, où tous les médecins font partie du Syndicat, nos confrères se louent d'avoir trouvé le moyen de ne pas être dupes du public. Tel n'est pas le cas de ceux qui vivent côte à côte avec des confrères pour lesquels un Syndicat est encore un épouvantail. Souhaitons qu'ils reviennent de leur erreur, le temps et les avantages recueillis par les voisins nous aideront.

Dans l'assemblée de mai dernier, le Syndicat avait décidé l'envoi, aux membres des conseils électifs du Gard et de l'Hérault, d'un projet d'assistance médicale des indigents. Ce projet, sauf quelques modifications de détail nécessitées par le milieu dans lequel nous vivons, est calqué sur celui qu'a publié le 6 août 1881, dans le *Concours*, notre éminent confrère, M. le Dr Mignen.

Les huit conseils d'arrondissements, où les médecins siègent en grand nombre, ont tous émis des vœux favorables à l'adoption par les pouvoirs publics du réglement proposé par notre syndicat.

Le conseil général de l'Hérault s'en est occupé et a désigné une commission prise dans son sein, composée de MM. les Drs Vedel, Rouzier-Joly et Coste, trois noms qui nous garantissent que le projet ne sera pas enterré. — Les finances du département du Gard ont suivi pendant ces dernières années, une rude atteinte par suite des ravages du phylloxera et des échecs séricicoles.

Le Conseil vient de voter une somme considérable pour l'organisation médicale de la loi Roussel (protection des enfants du premier âge). Toutes ces considérations ont obligé nos confrères Perrier, Roch et Coulomb, conseillers généraux, à renvoyer à une autre session la présentation de notre projet. Nos honorables confrères n'ont pris cette décision que pour atteindre le but poursuivi ; et ils n'ont pas voulu se contenter d'un vœu plus ou moins stérile en faveur de cette œuvre *d'intérêt départemental* au premier chef. — Le Syndicat reprendra la question en mai 1883.

Un des membres a proposé de charger le bureau du Syndicat de se mettre en rapport avec le *Concours médical* pour savoir où en est la question de l'Union des Syndicats, union dont celui des Basses-Cévennes désire vivement faire partie. — Cette proposition ayant été adoptée, vous voudrez bien, cher confrère, me renseigner, de préférence par la voie du Journal, et laissez-moi vous dire que l'on ne pouvait parler des Syndicats sans parler et de vous et du Concours, sans constater avec plaisir combien vous continuerez à tenir ferme le drapeau que vous avez arboré.

A propos de l'inspection des enfants du premier âge, tous les membres du Syndicat et leurs confrères non adhérents ont reçu une circulaire préparatoire dans laquelle M. le Dr Picheral, chargé du service des Enfants-assistés du Gard, leur demandait de lui adresser le nom et le nombre de communes comprises dans le périmètre de leur clientèle, afin que le Conseil departemental et le Conseil général aient les éléments pour diviser le Gard en circonscriptions, dans lesquelles chaque médecin désigné devra protéger et visiter une fois par mois, moyennant un franc par visite, les enfants âgés de moins de deux ans. — Le Syndicat a porté cette question à l'ordre du jour de la réunion prochaine, afin de réunir de plus amples renseignements sur le fonctionnement de ce service, et savoir dans quelle mesure il convient d'accepter cette nouvelle situation.

Avant de lever la séance, le Bureau devait être renouvelé. — Notre sympathique confrère, M. le Dr de Darvieu, malgré les vives instances de tous les membres, n'a pas voulu continuer à exercer les fonctions de Vice-Président, qu'il avait remplies avec un réel dévouement. M. le Dr de Darvieu pense, avec juste raison, que les membres du Syndicat devraient à tour de rôle faire partie du Bureau. La réunion, tout en regrettant la décision prise par notre confrère, tout en approuvant en principe le roulement, a pensé que notre assiociation était trop jeuue pour user dès aujourd'hui de ce moyen. — Le bureau a été constitué comme suit :

Président : Dr Auquier (de Sommières). *Vice-Président :* Dr Mazel (d'Anduze). *Syndics :* Dr Carrière (de Saint-André-de-Valborgne). Dr Bourguet (de Lasalle). *Secrétaire-trésorier :* Dr Cambassédès (du Vigan).

Excusez-moi, cher Directeur, si je me suis laissé entraîner à vous narrer notre réunion, mais si le plus petit des faits consignés pouvait être utile à un autre Syndicat, je m'estimerais trop heureux.

Veuillez agréer, etc. Dr E. Cambassédès.

NOUVELLES

Accoucheurs des hôpitaux de Paris. — Les accoucheurs des hôpitaux de Paris, nommés récemment au dernier concours, viennent d'être chargés de leur service respectif: M. le docteur Budin à la Charité, M. le docteur Porak à Saint-Louis, M. le docteur Ribemont à Tenon, et M le docteur Pinard à Lariboisière.

ERRATUM

Dans le dernier numéro, lire : page 555, 1re colonne, ligne 27 : *partout* et non *par tont*, — page 556, 2me colonne, ligne 25, convulsions urémiques et non *anémiques* ; — page 559, 1re colonne, ligne 9, *relisant*, et non *réalisant*.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

25 Novembre 1882 — 4me Année. — No 47

SOMMAIRE

BULLETIN

Avec MM. *N. Guéneau de Mussy* et *J. Rochard*, la discussion sur la fièvre typhoïde est revenue aux questions d'étiologie et de prophylaxie : tous deux ont conclu, comme les précédents orateurs, à la nécessité d'un *Bureau d'hygiène* ou d'une *Direction de la santé publique*, création qui, ainsi que nous le disions dans un précédent Bulletin, « paraît s'imposer actuellement à tous les esprits. » C'est, en somme, le fait le plus important que la présente discussion semble avoir mis en lumière. L'immense majorité des médecins continue, en effet, à considérer la fièvre typhoïde comme le résultat de l'encombrement, du manque d'air et de propreté, en un mot du défaut d'hygiène que l'on rencontre dans les grandes agglomérations d'individus qui sont le propre des grandes villes, des centres industriels. Sans parler des cités ouvrières, comme la cité Doré et la cité des Kroumirs qui sont reléguées à une extrémité lointaine de la capitale et ne présentent que des constructions relativement peu élevées, il n'est pas un médecin de Paris, qui ne connaisse la malpropreté ordinaire des vieilles maisons de l'ancien Paris. Je sais telle maison dans la rue des Petits-Carreaux, en plein milieu de la capitale, où l'on ne peut entrer qu'en se bouchant le nez. Les cabinets, communs à plusieurs locataires, et par conséquent sales et mal entretenus, toujours infects, n'ont d'autre ouverture que la porte qui les fait communiquer avec les escaliers. Les escaliers donnent sur une cour étroite, sans air, ni lumière ; c'est sur cette cour que s'ouvrent les fenêtres de la plupart des logements : or dans ces logements petits et malsains, qui servent à la fois d'habitation et d'atelier, sont entassées toute la journée de nombreuses ouvrières qu'occupe l'industrie très active de ces quartiers. J'ai parlé d'une rue centrale de Paris pour donner un exemple, mais j'en pourrais citer bien d'autres que mes confrères connaissent aussi bien que moi. Qu'un cas de fièvre typhoïde éclate dans un pareil milieu, il serait vraiment bien étonnant que ce cas restât unique et ne se communiquât pas à quelques-unes des personnes qui vivent dans cette atmosphère empoisonnée. A Paris, il est difficile de suivre pas à pas la trace d'une épidémie; mais ce que nous ne pouvons faire ici est très facile en province : c'est ainsi que M. le Dr Ancelon (1) a pu indiquer que les épidémies de diphthérie et de fièvre typhoïde, qui ont sévi dernièrement à Nancy, avaient eu leur point de départ dans une commune voisine, Maxéville, petit centre industriel où la population est dense, entassée dans des locaux trop étroits, mal aérés, humides.

Par conséquent, au lieu de chercher le microbe, concluons avec M. Marjolin à l'exécution sérieuse de la loi sur les logements insalubres ; concluons, avec MM. Proust, Guéneau de Mussy et Rochard, à la création des institutions d'hygiène qui nous manquent. Quand on aura assaini les logements infects, dont nous avons parlé, — on les démolis-

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, du 18 nov. 1882, p. 158.

sant; — quand on aura fourni à tous les habitants de Paris, de l'air et de l'eau en quantité suffisante; quand on aura veillé avec soin à l'entretien des égouts et des fosses d'aisance, le microbe, si microbe il y a, sera bien forcé d'aller chercher ailleurs le terrain qui lui convient. Il faut savoir gré à nos honorables confrères de l'Académie de répéter à satiété cette vérité; peut-être réussiront-ils, à la fin, à la faire entrer dans le cerveau de nos édiles et de nos représentants : c'est la grâce qu'il faut nous souhaiter !

D[r] J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès rétro-pharyngien, chez un enfant de quatre mois. — Entéro-colite concomitante par inanition. Guérison.

Par le D[r] REIGNIER (de Surgères), membre correspondant de la Société de Médecine pratique.

En seize années d'une pratique médicale assez étendue, j'ai eu l'occasion de rencontrer deux fois seulement cette forme pathologique qu'on appelle l'*abcès rétro-pharyngien* et deux fois c'était chez des enfants à la mamelle. Dans les deux cas, l'instrument tranchant a jugé avec bonheur la situation.

Je vais relater le dernier cas, offert à mon observation il y a six mois environ, le premier n'étant que la répétition exacte du second.

L'enfant qui est l'objet de cette relation a quatre mois. Il a eu des débuts malheureux dans la vie : Une entéro-colite grave a occupé les deux premiers mois et n'a cédé qu'à l'usage du lait de femme, comme je l'avais conseillé d'emblée. Sous l'influence d'un régime alimentaire qu'aucun artifice ne remplace, les chairs étaient devenues fermes, un embonpoint de bon aloi avait succédé à une émaciation inquiétante, lorsque à la fin du quatrième mois, l'enfant cesse de têter avec le même entrain. Il prend le sein pour l'abandonner par moments avec colère ; du dépérissement s'établit; une sage-femme est appelée qui, en présence de la diarrhée, ne voit là qu'un trouble intestinal et prescrit tous les moyens en honneur auprès de ces savantes matrones. Au bout de quinze jours de ces soins, l'enfant était en train de mourir de la maladie et du traitement, quand on veut bien enfin faire appel aux lumières médicales.

L'aspect de l'enfant est déplorable; la peau des cuisses retombe comme un sac vide; les matières excrétées dix fois dans les vingt-quatre heures ont excorié les fesses et ont une teinte vert-bouteille. L'enfant mis au sein, se retire suffoqué après une minute d'efforts désespérés ; la teinte du visage est asphyxique; il y a un *tirage* énorme comme dans le croup, et cependant l'auscultation du poumon et l'inspection du pharynx ne trahissent aucune lésion inflammatoire du thorax ou des amygdales. Le pharynx est rouge toutefois et obstrué de mucosités qui aident à l'asphyxie; la respiration nasale est un peu gênée; mais un coryza, même grave, ne donnerait ni le tirage constaté, ni la cyanose concomitante. La langue propulsée en arrière, creusée en carène, ressemble à une feuille de peuplier roulée sur ses bords. A sa partie postérieure, entre elle et la paroi du pharynx, il se fait une sécrétion incessante de mucosités qui, constamment soulevées, pour retomber ensuite sur l'orifice glottique, produisent un véritable bruit de clapet. Quand l'enfant crie, je perçois cette intonation qu'on a bien voulu appeler le *bruit de canard* et qui se rapproche en effet un peu du couan-couan classique.

L'œil est voilé; le nez effilé; l'expression totale du *facies*, misérable. — Si je n'interviens pas, l'enfant va mourir. L'anesthésie asphyxique est presque complète. En dépit de tous ces signes peu rassurants, j'introduis le doigt dans l'arrière-gorge du petit malade, pour assurer mon diagnostic, et agir ensuite, s'il est confirmé.

Voici le résultat du cathétérisme :

Le pharynx est occupé dans sa partie postérieure, par une tumeur élastique, légèrement fluctuante sous le doigt, elliptique; à grand axe vertical dont il m'est impossible d'atteindre l'extrémité inférieure. La limite supérieure de la tuméfaction serait précisée par la rencontre, avec le pharynx, d'un plan horizontal qui passerait à un demi centimètre au dessous des amygdales. Je saisis le bistouri et je plonge la lame dans cet amas élastique que presse la pulpe de mon index. Il sort un jet de pus par la bouche, une véritable fusée crêmeuse qui vient inonder les lèvres du petit moribond. A l'aide d'un irrigateur chargé d'un mélange de lait et de décoction émolliente, je facilite l'expulsion du pus et le retrait de la poche.

Vingt-quatre heures après l'enfant était méconnaissable. La cyanose avait disparu; le tirage ne fatiguait plus la cage thoracique ; de rares mucosités gargouillaient à peine au niveau de l'épiglotte. L'œil avait repris l'éclat de la vie et la bouche puisait au sein avec une avidité gloutonne.

Aujourd'hui c'est un enfant plein de santé et de pétulance qui fait la joie de la mère et un peu l'orgueil du médecin par l'immensité du service rendu, — bien que ce service eût pu être rendu par tout autre.

Dans ce cas particulier, je signale à l'attention de mes confrères un ensemble de signes très caractéristiques de ce genre d'affection absolument rare chez les nouveaux-nés et qui, dans bien des circonstances, a entraîné leur mort parce que l'affection a été méconnue, ainsi que le relate le D[r] Bouchut, dans son traité des maladies de l'enfance.

Je groupe ces *signes* sous six chefs :

1° Le tirage et la cyanose.

2° Le bruit de clapet ;

3° Le cri de canard ;

4° La propulsion de la langue gondolée sur l'épiglotte ;

5° La difficulté énorme de la déglutition ;

6° Le signe pathognomonique, la tumeur fluctuante et illeptique — adossée à la paroi postérieure du pharynx.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PARALYSIES CHEZ LES ENFANTS.

Les paralysies sont fréquentes dans l'enfance. Elles peuvent être déterminées, comme chez l'adulte, par les causes les plus diverses ; aussi serait-ce un travail ingrat et peu fructueux que d'entre prendre d'énumérer *toutes* les paralysies dont les enfants peuvent être affectés. Il est au contraire du plus haut intérêt de savoir quelles sont celles qui les frappent *le plus habituellement*, de posséder les éléments du diagnostic différentiel entre celles-ci et d'autres qu'on rencontre plus rarement dans la pratique; de pronostiquer quelle en sera la durée, de quelles conséquences elles pourront être suivies, et à quel traitement enfin il convient d'avoir recours, soit pour les guérir, soit pour en atténuer les inconvénients.

West a parfaitement montré de quelle importance était, pour le médecin, l'étude des paralysies chez les enfants (1). « Un accident tel que la paralysie d'un membre, dit-il, cause naturellement aux parents une grande anxiété. Chez l'adulte, une attaque de paralysie est, en général, le résultat d'une maladie très sérieuse du cerveau ou de la moelle, et l'indice du début d'une série de processus morbides qui se terminent plus tôt ou plus tard par la mort du malade. Les personnes étrangères à notre profession sont au courant de ce fait et supposent souvent que les mêmes règles sont applicables aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte ; mais vous pouvez, dans bien des circonstances, calmer leurs craintes par l'assurance que la paralysie, dans la première et la seconde enfance, indique rarement un péril pour la vie, bien que l'affection soit souvent très lente à disparaître et quelquefois complètement incurable. »

Les paralysies peuvent dépendre de lésions passagères ou durables, soit des centres nerveux, soit des nerfs périphériques, soit des muscles eux-mêmes ; mais cette division, intéressante au point de vue nosologique, n'est pas celle qui facilite leur étude pour le praticien. Nous préférons, au point de vue qui nous occupe, tenir grand compte de l'âge et des circonstances qui ont précédé ou accompagné la paralysie.

(1) Leçons sur les maladies des enfants, traduites par Archambault, 1881.

I

On peut observer, bien que rarement, des *paralysies congénitales*.

Les unes sont la conséquence d'une perturbation apportée, soit à la santé de la mère, soit au développement de l'enfant, pendant la période de gestation; elles s'accompagnent le plus souvent, alors, d'autres malformations cérébrales ou viscérales qui ne permettent pas une longue survie au nouveau-né ou qui le vouent à l'idiotie.

Les autres résultent de manœuvres obstétricales malheureuses, compression de certaines branches nerveuses par les branches du forceps (paralysie faciale), tiraillements trop violents des membres pendant la version. Ces dernières ne présentent pas la même gravité pronostique à beaucoup près ; ce sont plutôt des parésies que des paralysies complètes, et on doit espérer les voir disparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Les paralysies que l'on voit survenir pendant la première ou la seconde enfance nous paraissent devoir être envisagées suivant qu'elles accompagnent ou suivent une autre maladie dont elles sont la conséquence, ou suivant qu'elles constituent à elles seules la maladie elle-même.

Dans la première éventualité, le médecin est déjà sur ses gardes; il sait que l'affection qu'il voit évoluer est de celles qui peuvent entraîner des désordres paralytiques, il en guette souvent même l'apparition afin d'en corroborer son diagnostic, et, d'après la nature de l'affection, il connaît le pronostic. — Nous faisons allusion surtout aux paralysies qui surviennent à titre d'épiphénomènes caractéristiques de la méningite tuberculeuse, et à celles qui suivent si souvent l'angine diphthérique.

Or, les paralysies de la méningite tuberculeuse, qu'elles portent sur les muscles de l'œil ou sur ceux des membres, n'ajoutent rien à la gravité du pronostic, puisqu'il est fatal dans l'immense majorité des cas, et que les faits avérés de guérison de cette terrible maladie se comptent dans la science. Nous en distinguons les cas de méningite aiguë non tuberculeuse, résultant d'une insolation ou d'un traumatisme, dans lesquels le pronostic est moins sombre; mais, comme il n'existe guère d'autre criterium clinique permettant de différencier la méningite simple de la tuberculeuse que la guérison elle-même, on ne saurait être trop réservé dans le pronostic. Cette année même, la *Gazette des Hôpitaux* publiait un cas de paralysie, suite de méningite, que le Dr Cassagnau (de Saint-

Saens) croit avoir guérie par la pilocarpine (1); une si heureuse exception ne suffit pas pour modifier l'opinion généralement reçue touchant le pronostic des paralysies liées aux méningites aiguës.

Tout différent est le jugement qu'on doit porter sur les paralysies diphthériques ; ayant consacré déjà un article à l'étude de celles-ci (2), nous ne saurions y revenir, et nous nous contenterons de rappeler qu'elles sont curables en règle générale, que leur gravité dépend surtout de l'importance des muscles paralysés ; que, liées à une perturbation générale et diffuse du système nerveux central, elles sont remarquables par leur dissémination et leur mobilité.

Dans certains cas de paralysies, le médecin n'a pas été appelé au moment même où évoluait la maladie primitive et doit reconstituer le diagnostic rétrospectivement à l'aide des commémoratifs. Cela peut arriver pour la paralysie diphthérique ; cela arrive très habituellement pour les paralysies que laissent après elles des poussées de méningo-encéphalite chronique, et pour celles qui constituent la paralysie dite infantile ou spinale atrophique, sur laquelle nous allons insister tout à l'heure.

Enfin la paralysie est parfois le premier symptôme qui mette sur la voie de l'affection méconnue jusque là dont elle est la conséquence ; telle la paraplégie qui survient dans le cours de certains maux de Pott à marche insidieuse et latente.

Le diagnostic des paralysies chez les enfants est donc entouré de difficultés de toute espèce ; il n'est pas jusqu'à la constatation du symptôme lui-même qui ne soit, dans telle occasion, rendue difficile à un examen superficiel, comme dans le cas suivant. — Nous avons vu récemment une fillette que la mère amenait en la disant paralysée d'une moitié du corps et particulièrement du membre supérieur droit, parce que depuis quelques jours l'enfant tombait dès qu'on la faisait marcher, et laissait échapper les objets qu'on lui mettait dans la main droite ; un examen plus approfondi fit voir que cette impuissance fonctionnelle était le premier symptôme d'une chorée au début, qu'elle ne trahissait donc pas l'affaiblissement des muscles, mais leur défaut de coordination.

Nous avons dit que la notion d'âge avait une certaine importance. On peut, en effet, rapporter plutôt à la première enfance la paralysie spinale atrophique et les paralysies liées à la méningo-encéphalite chronique, bien que certains enfants plus âgés puissent quelquefois en être atteints, tandis que les paralysies du mal de Pott et une autre entité fort intéressante, la paralysie pseudo-hypertrophique, sont observées plutôt dans la seconde enfance.

II

Chez les jeunes enfants, particulièrement chez ceux qui ont été procréés par des ascendants atteints de tares du système nerveux (épileptiques, hystériques, aliénés, alcooliques), peuvent apparaître des *hémiplégies* plus ou moins prononcées qui sont sous la dépendance de LÉSIONS CÉRÉBRALES très diverses ; tantôt il s'agit de ramollissement partiel, tantôt d'hémorrhagie méningée, tantôt d'une méningo-encéphalite chronique, partielle ou généralisée, connue aussi sous le nom de *sclérose du cerveau*.

Ces diverses affections débutent en général par des manifestations convulsives ou comateuses qui seront d'un précieux secours pour le diagnostic ; elles s'accompagnent de troubles intellectuels ; l'enfant peut être simplement arriéré ou totalement idiot ; sa torpeur intellectuelle peut avoir été précédée d'une période très curieuse d'excitation que M. J. Simon a étudiée dans ces derniers temps sous le nom d'*irritation cérébrale*, et qu'il considère comme la première étape de la sclérose du cerveau.

Les manifestations paralytiques dans ces affections ne seront durables que si les lésions portent sur les points de l'écorce cérébrale dénommés centres psycho-moteurs, ou si elles ont déterminé la dégénération secondaire descendante du faisceau pyramidal, dont M. Charcot nous a fait connaître le rôle générateur de l'hémiplégie des adultes.

Le trait caractéristique de ces paralysies d'origine cérébrale est la *contracture permanente ;* d'où le nom d'*hémiplégie spasmodique infantile* donné quelquefois à l'ensemble de ces faits (Heine).

Le type des déformations est la flexion avec pronation pour le membre supérieur, et, pour le membre inférieur, l'extension en varus équin. Une particularité très intéressante de l'hémiplégie spasmodique infantile est l'existence presque constante d'un raccourcissement des membres paralysés. Les os sont plus courts, moins volumineux que du côté sain ; quelquefois, du côté paralysé, le tronc est incomplètement développé ; la cage thoracique est étroite, le bassin rétréci et oblique. Le pronostic des hémiplégies d'origine cérébrale, sans être inquiétant au point de vue de la vie elle-même, l'est au point de vue des mouvements et de l'intelligence.

III

Tout autre est le tableau de la *paralysie dite essentielle de l'enfance*, la plus importante à connaître à cause de sa fréquence. Celle-ci n'est plus de cause cérébrale, elle est d'ORIGINE MÉDULLAIRE.

On est fixé aujourd'hui sur sa lésion ; elle résulte d'une atrophie des cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, d'où partent les nerfs moteurs. Cette atrophie est-elle d'ailleurs primitive ou consécutive à un travail phlegmasique de la trame vasculo-conjonctive interstitielle, M. Charcot défendant la première opinion, MM. Roger et Damaschino la seconde, la question n'est pas tranchée. Mais ce qu'il im-

(1) 14 septembre 1882.
(2) *Concours médical*, 1882.

porte de savoir, c'est que l'évolution de cette affection est très caractéristique.

Elle peut débuter de plusieurs manières, mais toujours le *début est subit*. « Tantôt l'enfant, qui s'est couché bien portant, se réveille le matin avec une température élevée et un pouls rapide. Sa face est rouge : il a ce que les parents appellent la fièvre pourpre. Tantôt le premier symptôme est une convulsion accompagnée bientôt d'un petit train de fièvre. D'autres fois, enfin, la fièvre seule existe. Voilà pour la période fébrile : elle dure de six à huit jours.

Quand on veut lever l'enfant au bout de ce temps, on s'aperçoit qu'il est paralysé et présente soit une paraplégie, soit une hémiplégie, soit une monoplégie, mais toujours avec une prédominance de la paralysie dans une partie du corps ou dans certains groupes musculaires qui, plus tard, sont destinés à s'atrophier. » (J. Simon) (1).

Telle est l'esquisse à grands traits de la paralysie infantile; mais il s'en faut que l'on se trouve toujours en clinique en présence d'un schéma aussi net.

D'abord le début peut être si insignifiant, que les parents de l'enfant le remarquent à peine; il peut être apyrétique, de sorte que le premier symptôme soit la paralysie. Cette paralysie, qui atteint d'emblée son summum d'extension, rétrocède parfois très rapidement, et la localisation se fait sur certains muscles. Des déformations résultent de cette localisation atrophique, et l'on n'est appelé que pour remédier à ces déformations, une claudication par exemple, un pied bot ou une déviation du rachis, suivant que l'atrophie se sera fixée sur les muscles de la cuisse, de la hanche ou du dos. Cette atrophie commencerait à s'accentuer dans certains cas dès le deuxième mois (Laborde), mais peut n'être remarquée qu'après un ou deux ans. Elle peut s'accompagner dans certains cas d'un arrêt de développement portant sur la totalité d'un membre qui peut être raccourci de plusieurs centimètres. Cette grave conséquence de la paralysie spinale infantile montre combien il serait important d'en faire toujours le diagnostic de bonne heure; car un traitement bien conduit pourrait prévenir ou atténuer de tels désordres.

Les éléments importants du diagnostic pour cette affection, en dehors de la marche des manifestations paralytiques (*maximum d'impuissance motrice atteint d'emblée, rétrocession rapide et localisation atrophique sur certains muscles*, sont *l'intégrité absolue de l'intelligence et des sens*, *l'absence de douleur*. On n'observe ni hypéresthésie, ni anesthésie, ni contractures tétaniques, ni paralysie des sphincters, symptôme propres aux paralysies cérébrales ou médullaires autres que celle qui nous occupe.

On éliminera, à cause de l'absence de fièvre et par sa courte durée même, un trouble très passager de la motilité décrite pour la première fois par Chassaignac, sous le nom de *torpeur musculaire* ou paralysie éphémère et douloureuse des membres, qui paraît reconnaître comme cause une violence ou un refroidissement, s'accompagne de douleurs assez vives et guérit très vite.

Le pronostic de la paralysie infantile ne peut être porté avec précision pendant les premiers jours. « Dites aux parents que cette maladie est de longue durée, qu'elle s'accompagne ordinairement d'atrophie des régions atteintes, mais affirmez que, portée dès le début à son summum d'intensité, elle tendra à diminuer petit à petit et permettra d'espérer une amélioration considérable. Vos explications seront empreintes d'un caractère plus vrai que si vous affirmiez immédiatement l'incurabilité qui, pour le vulgaire, ne signifie pas seulement impossibilité de guérison, mais surtout aussi infirmité non susceptible d'amendement. » (Simon).

IV

Nous ne mentionnerons que pour mémoire *l'atrophie musculaire progressive* parmi les affections médullaires susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le diagnostic des paralysies; cette affection a été très rarement observée chez les enfants et presque toujours transmise par hérédité; d'ailleurs, sa marche irrégulière et souvent symétrique, la diminution parallèle de la substance charnue et de la motilité du muscle, la conservation de la contractilité électrique, tant qu'il reste des fibres musculaires, les contractions fibrillaires et les crampes dont les muscles atteints sont le siège avant de s'atrophier, voilà des caractères typiques chez l'enfant comme chez l'adulte.

Une affection plus fréquente, *la paralysie pseudo hypertrophique*, qui peut apparaître à la fin de l'enfance, mais plus habituellement dans l'adolescence, se reconnaîtra à des traits bien nets; l'affaiblissement des membres inférieurs augmentant graduellement et contrastant avec l'augmentation de volume des mollets, des fesses et de la masse sacro-lombaire, la démarche caractéristique, (dandinement, écartement des jambes, renversement du tronc en arrière et cambrure des reins), plus tard, l'équinisme bilatéral, tous ces signes sont faciles à constater, s'expliquent par la substitution graduelle d'une masse de tissu adipeux et scléreux aux fibres musculaires et justifient la dénomination de scléro-lipomatose progressive des muscles préférée par M. Damaschino (1).

Bien plus souvent, dans la seconde enfance, on est appelé à faire le diagnostic de la *paraplégie symptômatique du mal de Pott*, et il est important d'en connaître les caractères. On sait, aujourd'hui, qu'elle ne dépend pas de la compression de la moelle par un abcès intra-rachidien ou par le déplacement d'une vertèbre, comme on le croyait autrefois, mais qu'elle résulte d'une pachyméningite et d'une myélite transverse. La faiblesse des membres inférieurs augmente généralement peu

(1) *Progrès médical*, octobre 82.

(1) Gaz. des Hôpitaux, août

à peu, les chutes sont fréquentes jusqu'à ce que les enfants soient confinés au lit.

Les phénomènes de paralysie musculaire sont souvent plus accusés d'un côté que de l'autre; les troubles de la sensibilité sont toujours moins marqués que ceux de la motilité, et l'anesthésie n'est jamais complète. Les mouvements réflexes, exagérés au début, disparaissent ultérieurement. La contractilité électrique peut persister très longtemps et disparaît même rarement d'une manière complète dans les muscles paralysés. On remarque fréquemment des crampes et des contractures, la trépidation épileptoïde ou épilepsie spinale, c'est-à-dire les mouvements convulsifs spontanés ou provoqués du pied. La vessie et le rectum sont moins complètement paralysés que dans les paraplégies traumatiques; mais surtout, fait capital au point de vue du pronostic, ces paraplégies peuvent guérir, elles guérissent même généralement, et les enfants pourront marcher de nouveau après des mois de séjour au lit; car la myélite qui a causé les accidents paralytiques tend à la réparation. Il faut savoir que la paraplégie peut apparaître à une période du mal de Pott où il n'existe pas encore de déformation apparente de la colonne vertébrale; dépister la lésion osseuse encore latente sera, dans quelques cas, un triomphe pour le médecin.

Chez de jeunes rachitiques, l'affaiblissement des muscles lombaires, et les douleurs que les mouvements de la marche leur causent, pourraient simuler une paraplégie commençante; il est bon d'en être prévenu.

V

Le TRAITEMENT des paralysies ne peut être évidemment envisagé que d'une manière très générale, puisque chacune de celles que nous venons de passer en revue reconnaît une cause très différente. Néanmoins on peut fixer quelques règles.

Les *paralysies d'origine cérébrale* accompagnées de contractures ne se trouvent nullement améliorées par l'emploi de l'électricité et des autres excitants, tels que les préparations strychniques. On devra bien plutôt chercher à diminuer l'excitabilité des éléments nerveux par les antispasmodiques, et notamment le bromure de potassium; simultanément ou alternativement, la médication altérante, l'iodure de potassium pourra être utilisée ici comme dans toutes les scléroses, mais sans grand espoir de succès, il faut bien le dire.

Les *paralysies consécutives aux maladies aiguës*, notamment les paralysies diphthériques, au contraire, réclament la médication tonique : bains sulfureux d'un quart d'heure trois fois par semaine, au sortir desquels le malade sera immédiatement couché, huile de foie de morue, vin de quinquina et fer.

A chaque repas, deux à cinq gouttes de teinture de noix vomique; — courants continus faibles et descendants de la moelle aux muscles paralysés: — massages et frictions avec des solutions alcooliques aromatiques, telles que :

Alcoolat de Lavande........... 100 gr.
Teinture de benjoin........... 80 —

Pour la *paralysie infantile* : dans la première période, séjour au lit, température assez élevée, bains d'air chaud même, et révulsions modérées le long de la colonne vertébrale (ventouses sèches, coton iodé, teinture d'iode); — à l'intérieur, alcoolature de racine d'aconit et ciguë; — dans la seconde période, électrisation à l'aide de courants continus, le pôle positif appliqué au niveau du dos et le négatif sur le membre paralysé; teinture de noix vomique à l'intérieur, ou deux à huit gouttes suivant l'âge, de la solution :

Sulfate de strychnine......... 1 milligr.
Eau...................... 1 gramme,

en surveillant attentivement les effets.

Comme excitants locaux, dans les cas d'atrophie marquée d'un membre, West s'est bien trouvé de l'emploi des vésicatoires volants réitérés, de douches sulfureuses locales, alternant avec des liminents à base de croton tiglium ou de teinture de cantharide.

Une gymnastique méthodique aide à combattre les déformations consécutives aux atrophies musculaires, l'orthopédie à les dissimuler.

On comprend que la *paralysie du mal de Pott* réclame avant tout l'immobilisation du rachis à l'aide d'un corset bien fait ou d'un appareil silicaté et le séjour au lit jusqu'à la guérison.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

1

SERVICE DES REMPLACEMENTS

Tous les médecins inscrits *menbres du Concours médical depuis trois mois au moins* ont le droit, en cas d'accident, ou de maladies de demander que la *Société* fasse les frais de leur remplacement.

Un remplacement de quinze jours comporte une allocation de 150 fr. un remplacment d'un mois, une allocation de 300 fr.

Les frais accessoires incombent au remplacé. Le crédit voté par l'Assemblée une fois épuisé, il est évident que la Société ne pourra le dépasser.

MÉDECINE ET PHARMACIE

Cher et Honoré Directeur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les articles de notre confrère, le docteur Gassot (*de Chevilly*)

sur les rapports de la médecine et de la pharmacie. N'étant pas, sur tous les points, d'accord avec lui, je viens emprunter les colonnes de notre cher journal pour exposer mes réflexions sur la question. Je prie le docteur Gassot de ne voir dans mes critiques que le désir de faire la lumière et de solliciter les observations de nos confrères et les siennes.

Je déclare d'abord que je ne dirai rien des difficultés inhérentes à l'obtention du diplôme double. Ce ne serait qu'une affaire de temps. Je reconnais que l'unité du diplôme est une solution absolument logique, mais seulement en théorie; en pratique, c'est autre chose. Il faut prendre notre société telle qu'elle est actuellement, et non pas telle que l'on peut espérer la voir un jour. (Pardon; mais les pharmaciens nous ont donné l'exemple, il nous faut bien les suivre sur ce terrain.) Supposons donc, pour un instant, que les conclusions du docteur Gassot soient adoptées, et que nous n'ayons plus que des médecins-pharmaciens.

Dans les grandes villes, le bi-diplômé ouvre une officine, donne des consultations dans son cabinet, va voir des malades au dehors et a des employés qui servent les clients sous sa responsabilité. Tout est pour le mieux,........ en supposant que le médecin-pharmacien sera doué de toutes les vertus, qu'il ne cherchera pas à gagner le plus possible. Voici un malade qui a un léger embarras gastrique : un peu d'ipéca ou quelques centigrammes de tartre stibié suffiraient pour le guérir. Il faudra que le *pharmacien* soit bien désintéressé pour que le *médecin* ne prescrive pas une toute petite potion, quelques pilules, un peu de tisane, un sirop quelconque. L'honnêteté lui commanderait d'agir ainsi. Mais lorsque l'homme est placé entre son intérêt et son devoir, surtout lorsqu'il n'y a pas de contrôle, il fait souvent des capitulations de conscience et se laisse facilement entraîner à faire ce qu'il ne devrait pas.

Cependant, dans ces conditions, le malade serait encore à peu près soigné convenablement, en supposant toujours que le médecin-pharmacien sera doué d'une honnêteté parfaite.

Maintenant, transportons-nous à la campagne. Le médecin a couru en voiture toute la journée; il a fait quarante ou cinquante kilomètres. Il pleut, il rentre mouillé, harassé, affamé. Il a besoin de changer de vêtements, de se reposer, de manger. Mais les ordonnances qu'il a faites durant toute la journée sont là; on les attend. Des clients sont chez lui depuis trois ou quatre heures; il sait que telle ordonnance est pressée; un tel a dix kilomètres à faire à pied pour s'en aller; un autre a envoyé un enfant; il fait nuit. Il faut se hâter si l'on veut satisfaire ses clients et remplir les devoirs de la profession. Le médecin prend en soupirant le tablier et le pilon et se met en devoir de préparer des médicaments. Au début, plein de feu, plein de zèle, il le fera consciencieusement. Peu à peu la fatigue arrivera. Tous les jours il reçoit de superbes prospectus des maisons de gros de nos grandes villes. Tout doucement, il se laissera aller et, bientôt, il ne délivrera à ses clients que des médicaments achetés tout prêts chez le droguiste, sans aucune vérification. Demandez plutôt aux médecins qui, loin de toute officine, sont obligés de faire de la pharmacie. Quel sera le mal, dira-t-on? Je le trouve en ce que nous donnerons à nos clients des préparations que nous ne connaissons pas, sur la foi de l'étiquette d'un industriel qui mérite plus ou moins notre confiance. Nous retomberons dans le mal où nous sommes maintenant. Tous les médecins se plaignent de la mauvaise qualité des médicaments; cela vient de ce que le pharmacien achète toutes faites les préparations qui sont la base de la pharmacie. Le mal sera même aggravé, puisque le médecin-pharmacien ne se plaindra pas à lui-même du peu d'effet de ses prescriptions. Nous en arriverions probablement tous à faire de l'homœopathie ou de la dosimétrie. Mais je crois être d'accord avec le plus grand nombre de mes confrères, en prétendant que la médecine ne doit pas s'engager dans des systèmes absolus. Le médecin doit être éclectique, surtout en thérapeutique, et prendre où il le trouve ce qu'il croit être utile à ses malades. La manière d'agir que je viens d'exposer serait la moins nuisible au malade.

Car si certains pharmaciens peu scrupuleux (on en trouve, de même que dans notre corporation) avaient le droit légal de prescrire des médicaments, nous verrions trop souvent de pauvres diables exploités sans vergogne. Nous le voyons déjà maintenant. Seulement les pharmaciens dont je parle craignant des poursuites, sont obligés de mettre, un frein à leur désir de soigner les malades. S'ils avaient les deux diplômes en un seul, nous verrions ces industriels se livrer à une exploitation éhontée. Il vaudrait cent fois mieux se promener à minuit dans les quartiers les plus mal famés de Paris ou de Lyon que d'entrer dans leurs boutiques; on n'en sortirait pas sans y avoir entièrement vidé son porte-monnaie.

Il est vrai que l'on conserverait le contenant; ce serait une consolation.

On ne voit que trop où ils voudraient en venir, les pharmaciens qui réclament le droit de délivrer tous médicaments, sans ordonnance de médecin, sous leur propre responsabilité, avec ou sans la garantie du diplôme. Vraiment, je trouve cette prétention tout à fait plaisante. Il est navrant de voir combien de gens indignes se sont glissés dans une corporation des plus honorables. Certes, ces messieurs ne pèchent pas par excès de modestie. Parce qu'ils ont appris le système décimal des poids et mesures, parce qu'ils connaissent la différence qui existe entre une infusion, une décoction ou une macération, parce qu'ils savent préparer (et encore pas tous) une potion, ou un suppositoire, ils se croient aptes à soigner des malades! Ils ne connaissent pas d'obstacles! Le diagnostic? Rien de plus simple : On regarde la malade; on lui pose deux ou trois questions insignifiantes, on écoute ses histoires ridicules, et voilà! Le pronostic? On n'en parle pas. L'indication? Mais c'est encore plus simple : charger le client d'une quantité de bouteilles, boîtes et paquets, le tout contre argent comptant, bien entendu. Et cela est malheureusement trop vrai.

Tous les médecins connaissent des faits qui viennent à l'appui de ma thèse. En voici un, du reste, pour l'édification des lecteurs du *Concours*. Un de mes confrères me racontait ces jours derniers l'histoire suivante : il avait ordonné à un jeune homme de la campagne une pommade pour une affection parasitaire de la peau qu'il considérait comme peu sérieuse. Le malade va faire préparer sa pommade chez un pharmacien de notre connaissance. Celui-ci, trouvant que l'ordonnance ne chiffrait pas assez, persuada à son naïf client que la prescription du médecin était insuffisante, qu'il lui fallait des *dépuratifs* pour purifier l'*âcreté du sang*, des *lénitifs* pour calmer *la grande irritation*, etc., etc. ; si bien qu'il trouva moyen de lui vendre, en plusieurs fois, il est vrai, pour cinquante francs de médicaments. Ce pharmacien ne s'explique pas que nous ne lui adressions pas tous nos malades. Candeur officinale ! Et le traitement des maladies secrètes dans les grandes villes ! Mais passons ; nous sommes tous suffisamment édifiés sur les façons d'agir de certains pharmaciens. Qui en souffre ? Malades et médecins. Ne parlons pas de nous aujourd'hui ; l'on est mal écouté lorsqu'on prêche *pro domo suâ*.

Ici me voilà complètement d'accord avec le docteur Gassot : *le malade n'a pas le droit de se soigner à sa guise*. Car la société (je retombe encore malgré moi dans les considérations philosophiques) a le droit et le devoir de se défendre. C'est se défendre que de conserver ses membres, même malgré eux, et de les protéger contre leur bêtise et leur ignorance. Aussi, la société qui défend les intérêts communs, a demandé à ceux qui veulent exercer une profession touchant à la santé publique, une certaine dose d'instruction qu'elle constate par un diplôme, et c'est aux gens diplômés seuls que devraient s'adresser les malades ; car eux seuls ont acquis le minimum des connaissances jugées indispensables pour exercer l'art si difficile de guérir. Voilà pourquoi on devrait réprimer énergiquement l'exercice illégal de la médecine.

Mais je m'éloigne de mon sujet. La société qui doit protéger la santé et la vie de ses membres, doit aussi défendre leur bourse. Eh bien ! à ce point de vue que je trouve tout à fait raisonnable, la séparation absolue des deux professions est indispensable. Le médecin qui ne gagne rien sur son ordonnance, ne prescrit que les médicaments qu'il croit utiles. Et c'est précisément ce qui fait crier les pharmaciens. (Ils voudraient bien être encore au bon temps des apothicaires !) Mais malheureusement pour eux et heureusement pour les malades, la thérapeutique se simplifie de plus en plus, et par conséquent, les bénéfices de l'officine vont en diminuant. Aussi, pour se rattraper, chacun fait sa petite spécialité. Nous en avons de toute sorte. Ce qu'il y a de drôle, c'est d'entendre les cris de paon des pharmaciens contre les spécialités... des autres. En vérité, les spécialités deviennent un abus. Les médecins les ordonnent, parce qu'ils craignent que leurs prescriptions ne soient pas bien exécutées. Il est vrai que dans beaucoup d'officines, on ne fournit pas de bons médicaments. Mais que contiennent ces flacons si bien étiquetés ? Connaissons-nous le pharmacien qui est censé avoir fait la préparation ? Pourquoi avoir confiance en lui, parce qu'il a fait pour vingt ou trente mille francs de réclame ? Lorsque notre ordonnance va chez un pharmacien du voisinage, nous pouvons exercer un contrôle salutaire. Si le médicament est mal préparé, s'il ne produit pas l'effet attendu, nous pouvons adresser quelques observations au pharmacien ; s'il n'en tient pas compte, nous pouvons conseiller au malade de changer d'officine, tout en faisant connaître à l'intéressé la cause de ce changement.

Lorsque cela se sera passé une ou deux fois, le pharmacien, habituellement très soucieux de ses intérêts, apportera plus de soins dans l'exécution des prescriptions et fournira des médicaments de bonne qualité. Je le dis avec connaissance de cause, car j'ai employé ce moyen. Je dois avouer, cependant, que l'on trouve quelques pharmaciens rebelles, soit par entêtement, soit par paresse. Il faut alors surveiller avec soin les médicaments fournis, et lorsqu'on a besoin d'un produit dont l'action sûre et rapide est indispensable, exiger impitoyablement qu'on aille dans une autre officine. A la fin, le pharmacien est bien obligé de céder. Au besoin on pourrait le faire poursuivre pour vente de produits falsifiés, nuisibles à la santé publique. Mais ce rôle de dénonciateur ne nous convient guère. Il y a bien les visites réglementaires des officines ; seulement la législation n'est pas assez sévère. Ainsi un pharmacien fait de la réclame dans les journaux pour son vin de quinquina. Le jury constate que le fameux vin est fabriqué avec de la camomille ; poursuites ; condamnation à 500 fr. d'amende. Le condamné paie son amende, passe 500 fr. aux profits et pertes et continue tranquillement à vendre son vin. Cela s'est passé cette année. Il me semble que dans des cas semblables, l'officine devrait être fermée avec interdiction au titulaire d'en ouvrir une autre sur le territoire de la République.

On dira peut-être que ce serait exorbitant de sévérité. Je réponds à cela que le pharmacin qui se livre à de semblables pratiques, non-seulement trompe sur la qualité de la marchandise vendue, mais encore qu'il porte atteinte à la santé publique, que par conséquent, il ne mérite aucun ménagement. La société, (revenons-y, puisque les pharmaciens ont invoqué les principes du contrat social), la société doit défendre ses membres contre les entreprises nuisibles, et elle doit les défendre efficacement. Du reste, la loi aurait cette sévérité qu'aucun pharmacien honnête ne s'en plaindrait. Qui réclamerait ? Les gens qui auraient intérêt à le faire, c'est-à-dire ceux qui veulent faire des profits illicites. Heureusement, j'aime à le croire, ces derniers sont l'infime minorité des pharmaciens.

Il y a encore beaucoup d'officines où l'on peut aller en toute confiance. Du reste la sanction pénale n'est jamais faite pour les honnêtes gens ; elle l'est pour les autres. En rendant plus sévères les lois qui régissent la médecine et la pharmacie, en interdisant, sous de fortes peines, au pharmacien

de vendre des médicaments sans une ordonnance de médecin, on arriverait à de meilleurs résultats pratiques qu'en adoptant l'unification du diplôme, telle que la demande le docteur Gassot. Ce serait consacrer, par une disposition légale, un état de choses absolument déplorable. Si jamais le parlement vote cette loi, il devra en commencer ainsi la rédaction :

ART. PREMIER. — Les médecins-pharmaciens seront doués d'une honnêteté et d'un désintéressement à toute épreuve.

On pourrait alors supprimer la suite de la loi. Cet article unique serait largement suffisant. Car si la société ne se composait que d'honnêtes gens, il n'y aurait pas besoin de code pénal.

Je m'arrête, avec le désir de voir mes idées largement discutées dans les colonnes du *Concours*. Je ne demande qu'à être convaincu. J'espère voir partager mon opinion par la grande majorité des pharmaciens qui doivent déplorer de voir jeter la déconsidération sur toute la corporation par les agissements peu honnêtes d'un petit nombre, comme nous médecins, nous déplorons la conduite de nos brebis galeuses. Je reviendrai, du reste, sur ces questions, en traitant de l'exercice illégal de la médecine et des subterfuges employés pour se mettre à l'abri d'une pénalité pourtant bien peu sévère.

Recevez, cher Directeur, avec mes compliments pour la manière dont vous défendez nos intérêts, l'assurance de mon entier dévouement à notre cause commnne.

Dr LACHIZE (*à la Demi-Lune*).

RÉPONSE.

Avant de répondre à la lettre qu'on vient de lire, je commence par déclarer que je suis partisan de la séparation des deux professions; mais, contrairement à notre excellent confrère, le Dr Lachize, c'est surtout dans les grandes villes que je crois trouver des motifs légitimes de cette séparation, qu'il eût été plus logique de ne pas établir, mais qu'il faut bien accepter aujourd'hui comme un fait accompli. C'est, en effet, dans les grands centres que l'on peut rencontrer les pharmaciens les plus instruits et les plus scrupuleux: leur intérêt même, s'ils savent le comprendre, les oblige à satisfaire à la fois le public et le médecin, celui-ci pouvant alors très facilement écarter son client de telle officine, où il sait que l'on se livre à l'exploitation du malade. Aussi je ne crois pas qu'à Paris, par exemple, beaucoup de médecins seraient pris d'un bien grand désir de faire de la pharmacie.

A la campagne, on n'a souvent affaire qu'à un seul pharmacien et force est bien d'accepter, *dans une certaine mesure*, la marchandise que seul il a le droit de vendre. C'est alors que le médecin, voyant trop souvent son action paralysée par le mauvais vouloir d'un tiers, étranger d'ailleurs à son art, mais de l'intervention duqel il ne *doit pas se passer,* peut légitimement regretter d'être privé du droit de confectionner les remèdes qu'il a seul le droit de prescrire.

Notre excellent confrère nous dit que le médecin, en rentrant de ses visites, est trop fatigué pour s'occuper à préparer des médicaments, au lieu de se reposer tranquillement; il nous représente son antichambre pleine de clients qui attendent avidement la distribution des drogues... Je crois que notre correspondant n'a jamais vu le médecin de campagne exerçant *légalement* et *dignement* les deux professions. J'ai pu observer un médecin de campagne dans ces conditions; je l'ai vu à l'œuvre et j'avoue que ses clients sont bien heureux de pouvoir, grâce à lui, se passer de l'intermédiaire en question. Quand il part en tournée, il emporte avec lui, dans sa voiture, minutieusement rangés dans une petite boîte *ad hoc,* les médicaments actifs les plus usités dans la pratique; et, quand il a vu son malade, le voilà qui confectionne instantanément sa potion, distribue granules ou pilules, de même qu'à Paris nous faisons, *sans remords*, une injection sous-cutanée d'Ether, de Chloroforme, d'Ergotine!

Ainsi le malade n'a pas, au moins pour les médicaments de première nécessité, à parcourir dix ou quinze kilomètres : il ne sort pas de chez lui. Pour les autres, il faut bien qu'il les envoie chercher chez le médecin, comme il les enverrait chercher chez le pharmacien; mais, on le voit, le nombre en est très réduit. Je vous assure qu'avec cette manière de procéder, le médecin ne sera jamais porté à prescrire au malade plus de drogues qu'il ne convient: il lui donne juste ce qu'il lui faut et sous la forme la plus simple et au meilleur marché. Du reste, ce n'est pas sans quelque contradiction que le Dr Lachize admet en même temps, et que le médecin n'éprouve aucun plaisir à préparer force drogues, et que, d'autre part, il pourrait être porté à multiplier, sans motif thérapeutique, le nombre des drogues qu'il aura ainsi à préparer le soir en rentrant.

Sur la question des spécialités, je ne suis pas non plus d'accord avec notre confrère. Il y a de bonnes spécialités, il y en a de mauvaises, il y en a d'inutiles. Ce qui est incontestable, c'est que certains produits exigent, pour être convenablement traités, une grande habitude, des procédés particuliers, un matériel spécial. Ceux-là ne peuvent être préparés par le premier venu. Il en est de même pour d'autres, dont il est difficile, par exemple, de se procurer la matière première, dans le commerce de détail, ou qui ne peuvent se recueillir qu'à certaines époques, et dans de certaines conditions.

Quand donc une maison honorable s'est livrée à la confection d'un produit spécial et qu'elle paye, pour le faire connaître, les sommes dont parle notre confrère, si son produit est vraiment bon et utile, elle a un intérêt puissant à donner tous ses soins à ce produit, sous peine de le voir tomber bientôt dans l'oubli et de perdre ainsi le plus clair de ses bénéfices.

Le Dr Lachize nous dit bien que le médecin doit surveiller la façon dont ses ordonnances sont exécutées. Sur ce point, nous sommes tout à fait

d'accord avec lui; mais il reconnaîtra aussi, avec nous, qu'il n'est pas toujours facile au praticien de s'assurer que le médicament prescrit par lui et employé par le pharmacien était bien préparé, de bonne qualité, etc... etc. Et puis nous le répétons, quand le médecin exerce dans une localité pourvue d'une seule officine, si le médecin attaque le médicament, le pharmacien ne manque pas d'attaquer la prescription, jure ses grands dieux qu'elle seule est coupable... et voilà la guerre allumée!... Le public est juge; malheureusement c'est un juge incompétent et souvent incapable d'être éclairé.

En fait de spécialités, le médecin devient à son tour seul juge de la valeur des médicaments qu'il emploie; or on ne peut, en cette matière, nier sa compétence. L'expérience lui a bientôt appris à reconnaître ce qui est bon, mauvais ou inutile; et comme il ne saurait avoir d'autre intérêt que celui de ses malades, il lui est facile de ne prendre conseil que de sa science et de sa conscience. Dr J. Geoffroy.

III

Déontologie médicale.

Le complice du charlatan.

Le complice, le principal complice du charlatan, c'est le médecin, n'est-ce pas lui qui prend la peine de réparer ses fautes, de guérir les maladies qu'il a méconnues, de réduire les luxations qu'il prenait pour des *nerfs levés*?

N'est-ce pas à lui qu'on a recours, comme dernière ressource, quand le rebouteur ou le renoueur, l'uromante et la somnambule sont à bout de leurs recettes?

Qu'on lui amène un malade avec une luxation de l'épaule, que le charlatan a traitée pendant quinze jours avec des frictions anodines, il s'informera de la date de l'accident, haussera les épaules en apprenant qu'on a eu recours au rebouteur en renom, réduira la luxation et renverra le malade qui, à la première occasion, retournera encore se faire *guérir du secret*, parce qu'il n'est pas guéri de sa bêtise.

Cela se voit tous les jours. A chaque instant on s'adresse à nous pour réparer le mal fait par l'autre. Et nous nous taisons par fatigue, par indifférence.

C'est un tort. Cette indifférence est de la complicité.

S'il plaisait aux médecins, dont la clientèle est tributaire de ces sarcoptes de la médecine, de s'entendre et de décider qu'ils refuseront leurs soins à tout malade qui aura eu recours à un charlatan, quel qu'il soit, on verrait la situation changer. Si on laissait à ceux qui les commettent la responsabilité de leurs erreurs, le public finirait par comprendre qu'il est dupe, et ne voudrait plus se laisser duper.

Le meilleur moyen de combattre l'exercice illégal de la médecine, c'est moins de s'adresser aux tribunaux, — leur répression est dérisoire, — que de le combattre nous-mêmes.

Voilà une sage-femme qui exerce illégalement dans un village: elle traite les pneumonies par les cataplasmes de fiente de vache, les convulsions par les colliers de pattes de taupes, les péritonites par l'application d'un pigeon éventré, etc., etc. Arrive un jeune médecin qui s'établit dans le village; la sage-femme est furieuse, elle écume, elle ne trouve pas de termes assez durs pour qualifier la manière dont le confrère traite ses malades. Si celui-ci s'adresse aux tribunaux, la matrone est condamnée à cinq francs, elle est acclamée par les habitants au sortir du prétoire et son adversaire est hué par les gamins.

Qu'il laisse sa concurrente pratiquer à toute vapeur, mais qu'il refuse ses soins à tout malade soigné par elle; que ses confrères des environs agissent de même, et elle sera bientôt réduite à l'inaction.

Les pneumoniques, les phthisiques, les albuminuriques, les diabétiques mourront glorieusement entre ses mains, c'est possible; mais lorsqu'elle se trouvera en présence d'un cas nécessitant une intervention chirurgicale, par exemple, elle sera bien forcée d'avouer que les diplômés de la Faculté ne sont pas des êtres inutiles.

Je pourrais citer bien d'autres exemples, dans lesquels cette manière de procéder serait aussi efficace. Mais il faut de l'entente, une entente unanime. Un seul dissident suffira pour servir de garantie à la bonne femme.

On criera peut-être à l'inhumanité, c'est certain — mais la réponse sera facile: Vous avez confiance dans cette personne, puisque vous lui confiez votre vie, pourquoi alors réclamer notre intervention? Vous invoquez mon humanité, mais moi j'invoque ma dignité de médecin que je ne veux pas compromettre dans des rapports avec votre matrone.

On a dit: *Vulgus vult decipi*.

Ajoutons tous, mes chers confrères: *Ergo decipiatur*. Dr L. Deligny.

Nous pensons, avec notre distingué confrère, que les syndicats pourront faire leur profit de la méthode de M. Deligny. Nous ne redoutons pas plus que lui le reproche d'inhumanité. Ce reproche ne peut atteindre les médecins en général; leurs actes journaliers sauront les en défendre. Les tribunaux ne peuvent comprendre que la répression du charlatanisme importe beaucoup plus à la société qu'au corps médical lui-même. Les médecins sont libres de recourir aux moyens de répression que leur impose le défaut de protection de la loi.

Et pourtant, ne serait-il pas plus médical de dire nous, médecins: *Vulgus vult decipi, nolumus decipiatur*, et de prendre dans ce but les mesures nécessaires. Notre accord suffirait.

COURRIER

AMÉNORRHÉE PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN.

Je fus appelé le 9 janvier 1877, dans la commune de Fresseline (Creuse), près de la nommée Marie J..., qui, me dit-on, souffrait de violentes coliques. La malade est une jeune fille de dix-huit ans, de très forte constitution, pléthorique, elle n'a jamais été réglée, et c'est la première fois qu'elle se plaint de coliques. Le ventre n'est pas ballonné, la palpation, très douloureuse et mal supportée ne révèle aucune tumeur. La miction est facile. Figure vultueuse, couverte de sueurs. Pouls à 130.

Croyant à une aménorrhée de cause pléthorique, je fis appliquer cinq sangsues à la partie interne de la cuisse, des sinapismes, et je donnai quelques pilules aloétiques.

Les douleurs se calmèrent, et je n'entends plus parler de cette jeune fille jusqu'au 18 mars. Ce jour-là, je fus appelé de nouveau; les douleurs avaient reparu plus intenses. Je trouvai la malade à peu près dans le même état que la première fois : fièvre, visage inondé de sueurs, abdomen extrêmement douloureux, et enfin un examen difficile à cause de l'indocilité de la malade, me fit découvrir une tumeur du volume d'une orange siégeant dans l'hypochondre gauche.

Dès lors je pensai à une rétention du sang menstruel dans le vagin par suite de l'imperforation de l'hymen. Je fis part de mes craintes à la mère et je demandai de pratiquer le toucher; la malade s'y opposa énergiquement, et je dus me borner à prescrire de nouveau des sangsues, des pédiluves irritants, des fumigations de vapeurs aromatiques, des purgatifs, et enfin quelques lavements laudanisés.

Le 22 mars, je revis la mère de la malade, les douleurs avaient diminué, mais non disparu.

Enfin le 29 mars, on vient me chercher la nuit précipitamment : la malade avait éprouvé des coliques plus violentes que jamais, revêtant le caractère expulsif. Une femme du village appelée vulgairement *matrone*, faisant les fonctions de sage-femme, avait déclaré que la tête d'un enfant se présentait à la vulve. Je me rendis immédiatement à la Bussière.

Je trouvai la malade dans un état de prostration extrême, le ventre ballonné, très douloureux ; la tumeur que j'avais perçue onze jours plus tôt avait quadruplé de volume, elle remontait jusque sous les fausses côtes, comprimait le diaphragme et, par suite, gênait extraordinairement la respiration.

Après beaucoup d'hésitations de la part de cette jeune fille, je pus pratiquer le toucher; les grandes lèvres étaient fortement écartées, et entre elles ont sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, tendue très fortement, mais où l'on percevait maintenant de la fluctuation. J'essayai mais en vain, de passer le doigt entre les grandes lèvres et la tumeur. Je découvris la malade et je pus constater facilement qu'il y avait occlusion complète, *imperforation de l'hymen*. L'aspect de cette tumeur était en tout semblable à la tête d'un fœtus de cinq mois recouverte des membranes de l'œuf.

Je prévins la malade et sa mère qu'il y avait une opération à faire, et que je reviendrais le lendemain avec un confrère.

En effet, le lendemain, assisté du regretté docteur Magnard, il fut convenu qu'on ferait d'abord une ponction exploratrice : un petit trocart introduit laissa s'écouler un sang noir, liquide, décomposé, mais non putréfié, sans mauvaise odeur. Notre intention était de retirer la canule, et de faire une large incision ; mais, en présence d'une malade menacée de syncope, nous avons préféré laisser s'écouler par cette petite canule tout le liquide contenu, c'est-à-dire, trois litres et demi. Quand l'écoulement eut cessé, je voulus débrider, et j'éprouvai quelques difficultés; la membrane fermant la vulve, s'était peu à peu rétractée, et ne présentait plus que des plis épais. Je dus faire directement, à l'aide du bistouri, une ouverture de deux centimètres environ, laissant facilement introduire le doigt, puis je passai une grosse mèche.

Le 2 avril, les phénomènes morbides avaient disparu rapidement ; un mieux sensible se déclara après l'opération ; plus de fièvre, plus de douleurs.

Quelques jours après, de violentes coliques sont survenues ; fièvre violente. Pouls à 150. Le palper, très douloureux, fait reconnaître une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, dans l'hypochondre gauche. Les douleurs s'irradient dans l'aîne et dans la cuisse du côté gauche.

L'incision, grâce à la mèche, ne s'est pas refermée, mais seulement retrécie; il s'en écoule un liquide rose; l'introduction du petit doigt est assez difficile. J'y passe un morceau d'éponge préparée. Je prescris : sangsues, sulfate de quinine, frictions mercurielles belladonées, cataplasmes.

La fièvre persistait toujours violente. Le 12 avril, douleurs presque aussi vives, empâtement de toute la région comprise entre l'arcade crurale gauche et une ligne passant à trois centimètres au-dessous de l'ombilic. Inappétence absolue, vomissement et faiblesse extrême. La malade s'est refusée à laisser introduire, par sa mère, l'éponge préparée; on peut cependant encore passer le bout de l'index. Je place un morceau d'éponge plus gros que la première fois. Large vésicatoire sur l'abdomen. Quinquina en infusion. Eau de Seltz, sulfate de quinine, granules de digitaline.

Le 23 avril, plus de fièvre, plus ou peu de douleurs dans l'abdomen, plus d'empâtement. L'appétit est un peu revenu. Sommeil. On peut facilement introduire le doigt par l'ouverture vaginale; la malade ne veut plus entendre parler d'éponge. Elle se dit guérie et ne veut plus rien faire.

Depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de revoir cette malade; elle est régulièrement menstruée et n'a plus de douleurs; son embonpoint, ses forces sont revenus. La guérison est complète. Malheureusement l'incision que nous avons faite était trop étroite, et, si jamais cette

jeune fille devenait enceinte, l'accouchement ne pourrait avoir lieu sans une nouvelle opération.

N'avons-nous pas commis une faute en nous laissant arrêter au début par la menace d'une syncope, et n'aurions-nous pas dû quand même ouvrir largement? Du reste, voici quel était le procédé que je voulais suivre: faire passer par la canule d'un trocart, traversant la tumeur du haut en bas dans son plus grand diamètre, une anse de fil; tirer sur cette anse après avoir retiré la canule, et enlever à l'aide du bistouri toute la partie comprise dans cette anse de fil; et si jamais je me trouve en présence d'un fait semblable, c'est ainsi que j'opérerai.

Dr Rondeau
(*Aigurande, Indre.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Syndicat de Lot-et-Garonne.

Monsieur et cher Directeur,

Le 19 octobre 1882 a eu lieu, à Agen, la deuxième assemblée générale du Syndicat médical de Lot-et-Garonne. Dans cette réunion, diverses modifications ont été apportées aux dispositions primitives et une nouvelle brochure va être livrée à l'impression. Je m'empresserai de vous en envoyer uu exemplaire après le tirage. En attendant, je vous communique le résumé des travaux du Syndicat, pendant l'exercice 1881-82, que j'ai lu à l'Assemblée générale.

Veuillez, agréer, etc. Dr Cassius.

Messieurs,

Je crois utile de vous rendre compte des travaux de la chambre syndicale pendant l'exercice 1881-82, pour vous montrer le bien que notre association a pu réaliser, et surtout vous faire entrevoir celui qu'elle produira forcément, si notre devise, Union et Concorde est appliquée par tous.

Dans sa réunion du 14 mars, la chambre syndicale affirmant le bien fondé de la demande d'un confrère qui voyait sa créance contestée, a contribué à lui faire rendre pleine et entière justice.

Dans sa réunion du 20 avril, en faisant connaître à deux de nos confrères, en désaccord avec l'administration municipale au sujet des frais d'honoraires pour l'organisation et le service d'un dispensaire, l'opinion motivée de notre honorable conseil judiciaire, elle les a empêchés de courir à un échec certain; dans cette même séance, des attestations motivées fournies à trois de nos confreres, leur ont permis d'obtenir gain de cause dans leurs réclamations auprès de Societés de secours mutuels. Ils ont fait intervenir le Bureau du Syndicat qui a traité avec le bureau de la Société; c'est un exemple que nous devons tous nous empresser de suivre dans des circonstances analogues. Le Syndicat, dans cette séance, a également appuyé de son autorité morale la poursuite pour exercice illégal, que l'Association locale reconnue a pu seule introduire légalement (1).

Enfin, dans sa réunion du 24 mai, la chancellerie, ayant jugé exagérés les mémoires fournis par un de nos confrères pour faits de médecine légale, et réclamé un remboursement, ce dernier a demandé l'appui du Syndicat, qui a fourni une attestation motivée, constatant que le chiffre réclamé est bien au-dessous de la valeur réelle du déplacement et de l'opération; et il a décidé la réunion d'une Assemblée générale, qui prendra connaissance des faits qui viennent de se passer et qui avisera aux mesures à prendre pour sauvegarder la dignité professionnelle. Devant notre union, la chancellerie a paru, jusqu'à ce jour, donner raison à notre confrere et n'a pas persisté dans ses réclamations. Dans cette même séance, enfin, un de nos confrères, trouvant avec raison, mal fondées les prétentions d'un juge de paix, qui, dans un cas de contestation, a voulu, sans consulter d'arbitres, apprécier lui-même la valeur, la difficulté et le succès de l'opération, demande pour aller en appel, l'appui du Syndicat, qui lui délivre à titre d'*expert* son appréciation sur le bien fondé de sa demande. J'ignore, messieurs, le résultat obtenu, si l'appel a eu lieu; mais le cas est assez grave pour exercer les poursuites aux frais du syndicat et faire trancher cette question qui nous intéresse au plus haut point. Après discussion, l'Assemblée générale décide de faire appel aux frais du Syndicat, les prétentions du juge de paix, qui refuse de reconnaitre nos tarifs, soulevant en outre une question de principe qui peut porter atteinte aux intérêts du corps médical. Il est toute fois convenu que l'autorisation accordée est subordonnée, à l'avis favorable de notre conseil judiciaire. Dans tous les cas, que le succès vienne ou ne vienne pas couronner nos efforts, le nom du client sera inscrit au livre noir et sera maintenu jusqu'à ce qu'il ait intégralement réglé les honoraires réclamés par les trois médecins intéressés, alors même que le jugement maintiendrait les diminutions forcées par le juge de paix. Les membres du syndicat ainsi avertis n'ont qu'à faire l'applicaticn complète de l'article 8 du Code de déontologie.

Pour en finir avec les services rendus, plusieurs receveurs des postes du département ayant refusé de laisser circuler des notes d'honoraires, sous enveloppe ouverte, à cinq centimes, je m'adressai au Directeur du département qui refusa de me donner raison. Au nom du Syndicat de Lot-et-Garonne, j'envoyai directement ma réclamation au Ministre des postes, qui me transmit immédiatement la réponse suivante: « Les notes d'honoraires, établies sur formules semblables à celle que « vous m'avez communiquée (modèle du *Concours*), peu- « vent comme les factures et tous les relevés de compte « en général, circuler au tarif des papiers d'affaires, soit « cinq ceutimes par cinquante grammes. Dès l'instant, « en effet, que ces notes ne contiendront que les noms et « adresse du client débiteur, le nombre des visites, la « désignation des opérations et les sommes dues, elles « ne présenteront aucun indice de correspondance. Vous « ne pouvez, sans contravention, y ajouter une invita- « tion à payer dans un délai déterminé, cela constitue- « rait une veritable réclamation et rendrait vos notes « passibles de la taxe des lettres. J'adresse des instruc- « tions dans ce sens etc., etc. »

Plusieurs de nos confrères, par l'envoi de nos diverses notes et par l'intermédiaire du Receveur du Syndicat ont recouvré ce qui leur était dû, beaucoup plus facilement que de coutume; et loin d'avoir à se plaindre de ce mode de procéder, ils sont rentrés dans des créances qu'ils considéraient comme perdues; des clients même, qui, certainement, se seraient adressés ailleurs, s'il n'y avait pas eu de règlement, sont revenus à eux malgré l'intermédiaire du Receveur du Syndicat.

Le Syndicat nous a donc été utile, il nous a déjà rendu de véritables services, et il peut nous en rendre de plus importants encore, comme il est facile de le démontrer en jetant un coup d'œil sur les brochures que l'on a bien voulu nous adresser.

Le Secrétaire-Trésorier
Dr Cassius.

Ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

Enfants assistés. — Inspection des nourrices.

Médecine cantonale.

Mesures à prendre pour avancer la révision du décret du 18 juin 1811, concernant les honoraires médico-légaux.

(1) Nous croyons que cette assertion de notre confrère est erronnée.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2 Décembre 1882 — 4me Année. — No 48

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *H. Guéneau de Mussy* reprend la question de la fièvre typhoïde au point de vue étiologique : c'est sur le défaut de pureté que présente la plus grande partie de l'eau bue à Paris que l'honorable académicien insiste particulièrement. Dans son rapport sur les épidémies de l'année 1879, M. Lancereaux avait déjà observé que le plus grand nombre des malades de son service, atteints de fièvre typhoïde, étaient des buveurs de l'eau de l'Ourcq; M. Bertillon a de même fait remarquer que les deux dernières épidémies avaient surtout frappé le XVIIIme arrondissement, situé très près du canal de l'Ourcq ; or, ce canal, sali par toute espèce de souillures et de détritus organiques, fournit environ le quart de l'eau bue à Paris : il abreuve régulièrement près de 600,000 habitants répartis dans les divers quartiers de la ville. En outre, pour les autres habitants, les eaux de la Dhuys ou de la Vanne sont souvent remplacées par l'eau de l'Ourcq, sans qu'on les prévienne aucunement de cette substitution et des précautions qu'elle nécessiterait. Pour M. H. Guéneau de Mussy, le seul remède préventif à opposer au fléau serait un approvisionnement d'eau en quantité suffisante et protégée contre les impuretés du dehors : l'utilité d'un Bureau d'hygiène lui paraît aussi évidente, mais il croit que la question de l'eau potable doit primer toutes les autres.

Laissant de côté les questions d'hygiène, M. *Hardy* ne veut s'occuper que du traitement de la fièvre typhoïde. L'orateur s'élève contre l'emploi du sulfate de quinine à haute dose et il l'accuse d'augmenter le nombre de cas de morts subites qui, avec le traitemeut ordinaire, sont assez rares dans cette maladie. Il est vrai que fréquemment les fortes doses dont on a parlé passent dans le tube digestif, sans y être absorbées : c'est ce qui fait que l'ingestion de doses relativement considérables de sulfate de quinine n'a été suivie d'aucun accident, pas même des effets physiologiques que produit ce médicament aux doses ordinaires. M. Hardy se contente toujours de prescrire le traitement suivant : purgatifs pendant les dix premiers jours; des toniques, cognac et quinquina pendant le deuxième et le troisième septenaires ; ventouses sèches sur la poitrine ; lavements froids matin et soir ; alimentation en rapport avec les facultés digestives du malade. Lorsque le sulfate de quinine est jugé nécessaire pour combattre les phénomènes de rémittence ou de franche intermittence, il est prescrit à la dose de 50 à 60 centigrammes.

Mais, dira-t-on, et l'hyperthermie? comment la combattre ? M. Hardy répond que l'hyperthermie, cette bête noire de certains médecins qui la combattent par les moyens les plus énergiques, ne lui fait pas peur : il la considère comme un phénomène habituel de la maladie, à une condition cependant, c'est que la fréquence du pouls ne soit pas proportionnelle à l'élévation de la température. Dans la fièvre typhoïde qui évolue normalement, on remarque, d'ordinaire, que la fièvre est surtout caractérisée par l'élévation de la température

mais que le pouls ne s'élève pas en proportion ; c'est ainsi qu'un malade peut présenter 39° 5, 40° et même 41° et n'avoir que 84, 100 ou 110 pulsations. Ce phénomène est tellement habituel, que M. Hardy en tire parti pour affirmer son diagnostic dans les premiers jours ; et son utilité n'est pas moindre pour établir le pronostic : M. Hardy affirme, en effet, que si, malgré une température élevée, le pouls ne dépasse pas 110 pulsations, la maladie n'a pas grande gravité, si au contraire le pouls atteint et dépasse 116 à 120, le pronostic est grave. C'est donc encore là une preuve que l'hyperthermie n'est pas le seul phénomène qu'il faut s'appliquer à combattre : surtout il ne faut pas, pour le combattre, employer, d'une manière banale, des médicaments dangereux. A cette médecine hasardeuse, on doit préférer la médication habituelle, la médication classique de la fièvre typhoïde, celle que M. Dujardin-Beaumetz a heureusement appelé l'expectation armée.

M. *Hérard* persiste à croire que l'hyperthermie est le symptôme le plus grave des maladies fébriles et qu'il faut, en conséquence, essayer de l'atténuer; il ne trouve pas que deux grammes de sulfate de quinine soient une dose exagérée et dangereuse; M. Hérard emploie, d'ailleurs, de préférence au sulfate de quinine, l'acide salicylique à la dose de 3 à 4 grammes, et il déclare que c'est un médicament excellent et ne présentant aucun danger.

M. *Dujardin-Beaumetz* appuie tout ce que M. Hardy a dit au sujet de l'hyperthermie qui n'est que la caractéristique de la gravité de la maladie. Il insiste surtout pour qu'on établisse une distinction profonde entre l'abaissement de la température qui résulte de la marche normale de la maladie et celui que nous provoquons artificiellement par l'administration d'un médicament. Ce dernier résulte le plus souvent de l'action toxique du médicament : à l'empoisonnement septique déterminé par la maladie, nous ajoutons une autre intoxication, et quoique la température s'abaisse, le malade n'en succombe pas moins. — Nous croyons, avec MM. Hardy et Dujardin-Beaumetz, qu'il ne s'agit pas tant de faire baisser la température que de sauver les malades; pour ce dernier résultat, il semble que les anciennes méthodes valent bien les nouvelles, quoiqu'elles aient, il est vrai, un aspect un peu moins brillant.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES.

La méthode antiseptique a fait depuis quelques années tant de progrès, elle a varié ses moyens d'action, étendu son domaine et sa puissance d'une si prodigieuse façon, que nous croyons utile de mettre nos lecteurs une bonne fois au courant de cette question. Nous le faisons, avouons-le, avec la secrète espérance de convertir à cette doctrine ceux de nos confrères qui n'auraient pas encore été frappés par l'évidence de ses résultats.

Le 15 février de cette année, M. le Dr Desprès, chirurgien à l'hôpital de la Charité, présentait à la Société de Chirurgie une statistique de cinquante-trois opérations qui ne lui avaient donné, avec les anciennes méthodes de pansement, qu'une mortalité de 10 0/0 environ. Il s'appuyait sur ce résultat très heureux, pour battre en brèche les procédés modernes de pansement. Ses contradicteurs lui firent remarquer que ses pansements rares, occlusifs, rentraient en quelque sorte dans les principes de l'antisepsie, mais que le résultat total ne tenait pas compte de la durée du temps employé pour la guérison. Cet élément de statistique, beaucoup trop négligé, serait cependant de la plus grande importance; mais, puisque les statistiques sont ainsi faites, il faut nous en servir comme elles sont. Il y a vingt ans (1), M. le professeur Trélat apportait à l'Académie de médecine le relevé des amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris durant une période de cinq années, la mortalité était effrayante, puisque sa moyenne était de 50 0/0. Or, depuis cette époque, de grands changements se sont accomplis, d'une part, dans les doctrines chirurgicales, d'autre part dans l'hygiène hospitalière ; la comparaison a été faite un grand nombre de fois entre les méthodes anciennes et les nouvelles. La récente statistique publiée en Allemagne montre clairement que la palme doit rester à ces dernières (2). Elle contient quatre cent dix-sept amputations pratiquées suivant la méthode de Lister, trois cent vingt-et-une étaient des amputations simples, quatre-vingt-seize des amputations compliquées. Il y a eu soixante-et-onze morts et trois cent quarante-trois guérisons, soit une mortalité, qui, au premier abord, paraît très forte, de 17 0/0. Aussi hâtons-nous de dire que, dans les trois cent vingt-et-une amputations *simples*, nous ne relevons que quatorze morts, soit 4 0/0; et que si la mortalité

(1) Mém. Académie de Médecine 1862, 22 mars.

(2) Handbuch der allgemeinen und speciellen chir. Von Pitha und Billroth. Tom. 2, 2e partie, 3e livr. p. 234.

de cinquante-sept sur quatre-vingt-seize amputations compliquées vient noircir notre résultat, ce n'est pas du fait de la méthode employée.

D'autre part, nous voyons dans le même travail quatre cent soixante-et-une amputations traitées par les méthodes anciennes dont trois cent soixante-dix-sept simples et quatre-vingt-quatre compliquées. Quel a été le résultat? cent dix morts pour les amputations simples, c'est-à-dire 29 0/0; soixante-huit morts pour les compliquées, ou plus de 75 0/0. Ces chiffres sont éloquents, ils doivent frapper les esprits les plus sceptiques et entraîner leur conviction. L'antisepsie, croyons-nous, est maintenant et sera désormais le seul grand principe de la vraie chirurgie. Ce principe restera, les procédés d'application seuls pourront varier.

Jetons un rapide coup d'œil sur l'histoire de la méthode antiseptique. Les immortels travaux de Pasteur nous ont fait connaître l'existence, dans l'atmosphère qui nous entoure, de germes nombreux et de formes variées qui sont la cause des fermentations et des putréfactions des liquides exposés à leur contact. L'atmosphère est donc un danger permanent pour le blessé, d'autant plus qu'elle sera viciée davantage par l'entassement, la malpropreté, l'aération insuffisante. Les organismes inférieurs, ou *Microbes*, qu'elle contient, engendreront dans les plaies des phénomènes de fermentation ; ou absorbés par les voies respiratoires ou digestives, ils donneront naissance à des maladies sans blessure antérieure; ils pénétreront dans le sang, dont le sérum est le milieu le plus favorable à leur développement, et suivant leur malignité variable, et l'état de l'individu, ils détermineront des accidents parfois mortels. On a en effet retrouvé ces microbes dans le sang des pyohémiques, des sujets qui succombent à la septicémie aiguë ou lente, à la pourriture d'hôpital, à l'érysipèle bronzé; le typhus, la fièvre typhoïde, la peste, le choléra, la fièvre puerpérale, le charbon et nombre d'autres maladies sont produites par ces terribles ennemis de l'humanité. Il découle de ces précieuses découvertes un premier grand principe qui domine toute la méthode : l'atmosphère étant viciée par les microbes qu'elle renferme, est une cause permanente de danger, il faut protéger les plaies contre elle ou la modifier de façon qu'elle ne devienne pas nuisible. La méthode consistera donc à créer autour de la plaie un milieu restreint, une atmosphère limitée, que les microbes pourront peut-être franchir, mais où ils perdront fatalement leurs propriétés nocives.

Cette notion du danger de l'accès de l'air pour les solutions de continuité du corps humain se retrouve dans l'histoire la plus reculée de la chirurgie. Les anciens, excellents observateurs, moins complets que les modernes, seulement à cause de l'insuffisance de leurs moyens d'exploration, avaient pratiqué une antisepsie inconsciente.

Magatus, au XVe siècle, conseillait et pratiquait l'occlusion des plaies, *Larrey*, au commencement du XIXe siècle, conseillait cette méthode qu'il combinait avec les pansements rares; plus près de nous, Chassaignac la réalisait au moyen de son pansement occlusif au diachylum en bandelettes dont il formait des cuirasses imbriquées qu'il recouvrait d'une épaisse couche de cérat et de charpie. Enfin, en 1871, M. J. Guérin dotait la chirurgie d'un excellent pansement occlusif: le *pansement ouaté*, qui aura toujours ses indications et son utilité incontestables. Ce pansement, disons-le en passant, a eu de nombreux détracteurs, ce qui tient, croyons-nous, à ce que beaucoup ne le pratiquaient pas d'après la méthode rigoureuse du soigneux chirurgien. Nous avons été assez heureux pour apprendre à l'appliquer d'un de ses élèves les plus distingués; nous lui avons vu fournir d'excellents résultats, entre autres la guérison d'une amputation de cuisse en vingt-et-un jours à la levée du premier et unique pansement. Les insuccès qu'on lui a attribués sont dûs à ce que l'on négligeait d'envelopper la partie blessée avec une quantité suffisante d'ouate et à ce que la compression exercée par les bandes n'était pas assez exacte et se relâchait une fois appliquée. Il faut, pour le bien faire, entourer tout le membre blessé d'une couche d'ouate suffisante pour quadrupler au moins son volume, puis on serre avec des bandes de toile jusqu'à ce que l'appareil présente au choc du doigt une sonorité toute particulière et qu'il faut avoir entendue pour se la graver dans l'esprit. Comme la ouate se tasse, quelque bien serrée qu'elle soit il faudra ajouter de nouvelles bandes toutes les fois qu'on constatera un relâchement dans l'appareil.

L'ancienne pharmacopée chirurgicale contient, on le sait, des antiseptiques puissants, tels sont la térébenthine, le vin, l'alcool, l'alun, le sel, l'aloès, le noyer et la figue. On voit aussi que l'on conseillait la création autour des blessés, d'atmosphères aromatiques et désinfectantes, absolument comme nous le faisons aujourd'hui, mais avec de meilleurs moyens.

Au commencement de ce siècle, les doctrines antiphlegmasiques de Broussais amenèrent nombre de chirurgiens à adopter comme pansements les cataplasmes, le cérat, l'eau simple froide ou chaude. Puis, insensiblement, à l'aspect des moignons béants, suppurants et ramollis, à l'aspect des accidents suppuratifs plus ou moins étendus, on a cherché une meilleure méthode. Bataille et le Cœur, vers 1840, ont mis l'alcool en honneur ; d'après eux il coagule les substances albuminoïdes, il ferme à l'absorption les petits vaisseaux. Plus tard on a associé l'alcool au camphre et formé ainsi un topique très antiseptique qu'on emploie encore avec avantage.

I. — Du pansement phéniqué.

La houille qui dans notre siècle a fourni à l'industrie tant de corps précieux, devait aussi donner aux chirurgiens des substances utiles pour la méthode antiseptique. En 1858, Velpeau essaya dans son service un mélange finement porphyrisé de goudron minéral et de plâtre ; un an plus tard apparaissait le coaltar saponiné, dans lequel le chimiste *Détraux* trouvait l'acide phénique dont

Lemaire publiait, en 1860 et 1863, les propriétés antiseptiques remarquables. Enfin, en 1865, le chirurgien anglais Lister employait régulièrement l'acide phénique pour le traitement des plaies. L'illustre chirurgien expérimenta durant plusieurs années les différents moyens d'employer l'acide phénique, et ce n'est qu'en 1871 qu'il régla définitivement tout le matériel et les procédés qui constituent le *pansement* dit *de Lister*. Il est inutile de discuter ici la valeur incontestable des pansements listériens : tous les journaux, tous les recueils fourmillent d'observations à l'appui de cette pratique et on pouvait entendre au congrès international des sciences, en 1876, le professeur Saxtorph (de Copenhague) prononcer les paroles suivantes qu'on peut considérer comme l'écho de la pensée de tous les apôtres du listérisme : « Je « n'oserais, dit-il, faire ni amputation ni résec- « tion, sans avoir à ma disposition tout ce qui est « nécessaire au pansement antiseptique, et si, par « hasard, mon pulvérisateur était hors de ser- « vice, j'ajournerais l'opération jusqu'à ce qu'il « fût réparé. » Nous ne pousserons pas aussi loin l'admiration et l'exclusivisme, Lister lui-même s'est départi de certains points de sa mise en scène et d'autres pansements également antiseptiques et phéniqués obtiennent les mêmes résultats que le sien.

A. — Le pansement de Lister.

Lister est parti de ce principe que, dans la réparation d'un tissu blessé, divisé nettement par exemple, la suppuration n'est pas un phénomène nécessaire. La réunion immédiate doit se faire sans suppuration et, quand celle-ci se produit elle accuse un trouble, un obstacle dans le processus réparateur. Il s'est demandé ensuite quelles étaient les causes qui pouvaient amener la suppuration. Nous avons signalé plus haut : 1° l'irritation de la plaie par une atmosphère chargée de microbes ; il y a encore :

2° L'excès de tension dans les tissus blessés amenant une trop grande abondance d'exsudation.

3° Enfin l'irritation même de la plaie par l'action des matériaux du pansement antiseptique.

Pour répondre à ces diverses indications, qu'a fait Lister ? Il a d'abord exigé en principe, toutes les fois qu'elle était possible, de pratiquer la *réunion immédiate* des plaies. Il a conseillé d'établir autour d'elles une atmosphère phéniquée, avant et pendant les opérations, au moyen des *lavages* et de la *pulvérisation* ou *Spray* ; après, par l'application du pansement antiseptique et occlusif à la fois. Mais comme la surface traumatique ou la ligne de réunion peut être irritée par l'action permanente irritante et locale des antiseptiques, il protège la plaie au moyen d'un corps isolant que nous connaîtrons bientôt sous le nom de *protective*. Pour éviter la tension exagérée des tissus et la rétention des produits liquides dans la plaie, il assure leur écoulement au dehors par un drainage bien pratiqué.

Appliquons maintenant ces principes à une opération quelconque et prenons pour type l'amputation du sein pour une tumeur.

On doit d'abord préparer la région qui doit subir l'opération et la nettoyer exactement ; le malade aura, autant que possible, pris la veille ou l'avant-veille un grand bain ; et immédiatement avant l'opération, la peau sera lavée avec de l'eau de savon dans une étendue plus grande que la région opératoire, puis nettoyée en dernier lieu avec la solution phéniquée à 5 0/0.

Les instruments devront être plongés dans la solution à 2 0/0, dans laquelle l'opérateur et ses aides auront soin de laver leurs mains.

L'opération est commencée, on recouvre à mesure la perte de substance avec des éponges trempées au préalable dans une solution phéniquée à 5 0/0 où on les conserve, et bien exprimées ; à mesure qu'elles seront sales elles seront nettoyées dans la solution à 2 0/0. Que faut-il actuellement penser de la pulvérisation phéniquée ou *Spray*, durant les opérations ? Il y a quelques années, on le croyait absolument nécessaire et on opérait dans une atmosphère phéniquée où l'on restait quelquefois très longtemps. Mais on a reproché au Spray quelques inconvénients. Cette pulvérisation aqueuse, si elle est mal dirigée, n'est pas sans causer quelque refroidissement à l'opéré, elle l'expose, lui et les opérateurs, à quelques petits accidents d'intoxication phéniquée, maux de tête, anorexie, urines phéniquées. Enfin, un nettoyage bien exact de la plaie, à la fin de l'opération peut la remplacer ; — Lister lui-même se contente maintenant de ce moyen, et nous croyons qu'à moins d'opérer au milieu d'une atmosphère manifestement dangereuse, on peut s'en dispenser.

L'opération est terminée ; on pratique la ligature des artères, les petites et les moyennes au moyen du catgut n° 0, les autres avec de plus solides, les chefs du fil constricteur seront coupés très près du nœud. Puis on fait passer dans la plaie et toutes ses anfractuosités, s'il y en a, un courant d'eau phéniquée à 5 0/0 au moyen d'un irrigateur ou en exprimant des éponges trempées dans la solution ; le lavage doit être fait abondamment et durant une minute environ. L'action de l'eau phéniquée détermine habituellement un suintement sanguin assez abondant à la surface de la plaie, on l'arrête en comprimant avec des éponges bien propres qu'on maintient par la pression de la main.

On n'a plus alors qu'à faire la réunion de la plaie, et à appliquer le pansement ce qui est maintenant très souvent le temps le plus long des opérations. Toutes les fois qu'on a opéré sur des tissus sains, qu'il n'existe pas de cavités qui doivent fatalement suppurer, comme la cavité cotyloïde, dans l'articulation de la hanche, par exemple, on peut faire la réunion immédiate, en se souvenant, toutefois, qu'elle aura d'autant plus de chances de succès qu'on opérera sur des parties charnues pas trop chargées de graisse. Quand, par suite de l'insuffisance des téguments, on ne peut réunir complètement une plaie, il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à faire la réunion partielle, cela vaut

mieux que de placer des sutures qui tirailleraient sur les tissus d'une façon trop considérable.

On va fermer la plaie. Auparavant on examine où l'on placera les drains, les plus gros doivent aller jusqu'aux points les plus reculés; ils doivent être percés de trous très nombreux, assez résistants pour ne pas s'affaisser; enfin ils doivent être dirigés de telle sorte que leur orifice de sortie soit toujours dans une situation déclive. Il sera bon, pour éviter qu'ils ne s'enfoncent dans les plaies, de les transpercer au niveau de la peau avec une épingle anglaise qui les fixera et qui servira à les saisir pour les retirer.

On doit ensuite pratiquer la suture profonde au moyen de fil d'argent fort reliant deux plaques de plomb qu'on choisira plutôt larges qu'étroites, afin qu'elles soient plus facilement supportées; le fil sera arrêté d'une façon très commode au moyen de plombs de Galci qu'on écrase avec une forte pince. Le nombre des points de suture profonde est très variable, il faut se rapporter à l'appréciation du moment plutôt qu'à des règles impossibles à fixer sur ce sujet.

La suture superficielle se pratiquera ensuite au moyen de fil d'argent fin ou de fil de soie phéniqué dont les points seront écartés d'un centimètre environ.

Il reste maintenant à appliquer le pansement. Les lèvres de la plaie et les points non réunis, s'il y en a, seront couverts de taffetas imperméable phéniqué, le *protective*, maintenu par deux longues bandes de gaze de Lister appliquées dans le sens de la réunion et passant sous les épingles des drains. Ce premier pansement doit être assez fortement compressif, aussi est-il bon, pour favoriser l'adhésion des parties profondes, de placer au voisinage de la plaie réunie des tampons compresseurs. Les éponges, bien exprimées, qui font une compression élastique, sont très bonnes pour remplir ce but; il en est de même de la gaze chiffonnée qu'on tend beaucoup à substituer aux bandelettes symétriquement appliquées. Quand on juge l'épaisseur suffisante, on applique la pièce qui doit recouvrir le tout et qui se compose de huit feuilles de gaze phéniquée et d'une lame d'imperméable Makintosh, placée entre la première et la seconde feuille, de façon que sa face recouverte de caoutchouc regarde la plaie. Cette cuirasse extérieure du pansement doit dépasser de beaucoup le pansement immédiat, on finit le tout avec des bandes de tarlatane trempées dans une solution phéniquée afin qu'elles s'appliquent mieux, elles doivent fermer exactement les limites du pansement, car c'est là la porte d'entrée pour l'air extérieur; quelques chirurgiens les remplaceront par des bandes de caoutchouc modérément serrées qui s'appliquent plus exactement encore sur la peau.

Nous croyons très utile de recouvrir ensuite le tout d'une bonne couche d'ouate qui, outre son action défensive contre l'athmosphère, forme une compression élastique sur l'ensemble du pansement et le maintient dans une température égale.

Ce premier pansement devra toujours être levé le lendemain de l'opération, à cause du suintement séro-sanguinolent qui est assez abondant le premier jour. On profitera aussi de ce pansement pour nettoyer les tubes, retirer le sang qui est à leur intérieur et même diminuer un peu les plus longs; ceux qui n'ont qu'un trajet sous-cutané seront enlevés définitivement.

La compression devra être aussi exacte que le premier jour.

Le second pansement restera jusqu'au troisième jour et on enlèvera à ce moment les sutures profondes.

Les pansements successifs seront plus rares, chaque fois on diminuera la longueur des tubes, en se guidant sur la résistance qu'on éprouve à les introduire, la quantité de l'écoulement, etc.; chaque fois on nettoiera avec soin avec l'eau phéniquée à 2 0/0 le voisinage de la plaie et ses bords. en un mot, on aura les même précautions antiseptiques que le jour de l'opération. Les points de suture superficielle s'enlèveront du sixième au huitième jour.

Quand la réunion sera complète, on substituera au pansement de Lister, un pansement plus simple, gaze phéniquée ordinaire, coton antiseptique phéniqué ou salycilé.

La réunion ne réussit pas toujours dans toute l'étendue des plaies ou bien elle échoue totalement. Quand on voit de la tension, de la dureté autour de la plaie, quand les tissus sont sensibles, la température élevée, il faut relâcher les points de suture en nombre suffisant pour donner issue au pus; quelquefois il vaut mieux désunir complètement une plaie que de s'exposer à des accidents dus à la rétention de liquides morbides.

(*A suivre*). Dr Hambar.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Le Doctorat ès-sciences médicales.

Mon cher Directeur,

Monsieur le Ministre de l'Instruction publique vient d'inviter les recteurs à étudier, d'accord avec les facultés de médecine, la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de créer un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de doctorat ès-sciences médicales.

Le moment ne vous semble-t-il pas très propice pour lui faire entendre nos doléances, et pour lui faire comprendre qu'avant de créer, il serait plus *logique* et plus *équitable* de *supprimer*? Ce nouveau titre, en effet, en supposant qu'il répondît à un besoin, ce qui est loin d'être démontré, ne servirait qu'à augmenter le nombre des *dupes*. — Le grade ne vaut que par les avantages qu'il procure. Or, tant que l'État ne nous protègera pas par des

lois très sévères contre l'exercice illégal de la médecine, sous toutes ses formes, nous ne trouverons que fatigues et dépenses à acquérir plusieurs titres.

D'ailleurs, le doctorat tel qu'il existe, ne comprend-il pas l'étude de toutes les sciences médicales? La dénomination que propose Monsieur le ministre de l'Instruction publique n'est supérieure à l'ancienne que parce qu'elle est plus exacte, et pour cette raison, je suis tout disposé à l'accepter. Mais, en dehors de son sens littéral, elle n'a pas sa raison d'être. Avec les docteurs, les professeurs, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, tout au plus pourrait-on créer le corps des *spécialistes*. Mais cette création devrait être subordonnée à la suppression, par voie d'extinction des officiers de santé, qui sont un non-sens depuis la multiplication des facultés, et surtout à la révision de la loi de l'an XI. Dans l'espoir que ma voix trouvera un écho dans la presse médicale, et auprès des professeurs qui vont être appelés à donner leur avis sur l'innovation proposée par monsieur le ministre de l'Instruction publique,

Recevez, etc. Dr A. Dupeux.
(de *Listrac*, *Médoc*).

II

Nos maux et leur remède.

Association générale et Syndicats

A

Monsieur le directeur,

Vous avez, en faveur des intérêts professionnels, ouvert une campagne vigoureuse, et non sans succès, vos confrères le constateront avec reconnaissance. Dans votre lutte généreuse, vous avez fait appel au concours de tous. Je viens à mon tour, si vous voulez bien me le permettre, jeter un coup d'œil sur nos misères, et en chercher le remède.

I

Nos misères?.. Existent-elles réellement ces misères? On peut bien se poser cette question, puisque nos grands, nos heureux confrères, les princes de la science, comme on a coutume de les appeler, nient ou du moins ignorent nos maux et, cependant, nous nous appelons *légion*.

Je n'ai qu'à regarder ce qui se passe dans mon département pour me convaincre et convaincre tous mes confrères. Et je sais pertinemment qu'il en est de même dans le reste de la France.

Dans notre Gers, l'exercice illégal de la médecine, sous les formes les plus variées et les plus invraisemblables, s'étale en plein jour avec un tel cynisme, qu'on se demande, ou du moins qu'on peut se demander, s'il y a des lois sur la matière, et, si oui, il y a à Auch des juges pour les faire respecter. Ainsi, dans un chef-lieu de canton, à deux pas d'Auch, à Jegun, trône, comme un pontife, un sorcier célèbre; jamais, à Epidaure, Esculape n'eut plus d'adorateurs, je veux dire de clients; on y accourt en foule de tous les départements limitrophes. Une voiture publique part toutes les semaines d'une ville voisine pour transporter les pélerins près de l'oracle. Croyez-vous que le parquet s'émeuve? nullement. Si mon sorcier commet une trop grosse... sottise (soyons modérés), et que le scandale soit trop grand, la justice octroie *paternellement* quelques jours de prison au prophète. Il sort de là avec une couronne de plus au front, la couronne du martyre. Et l'affluence de redoubler! Vous croyez que j'exagère? Je reste en deçà de la vérité. Et *les guérisons sont nombreuses, dit le public*, au grand préjudice de notre considération.

Mais, *paulo majora canamus*. Dans une ville d'un département voisin, à Moissac (*Tarn-et-Garonne*), une congrégation religieuse, des sœurs vendent à bureau ouvert et consultations et remèdes, guérissent et conduisent au trépas, à tort et à travers, impunément; je pourrais dire qu'elles assassinent; le mot est gros et je tiens à le justifier par un exemple qui m'est personnel. Il y a quelques mois, un client vient me consulter pour une ulcération qu'il portait à la partie supérieure de l'oreille, le pavillon était hypertrophié, et je n'eus pas de peine à diagnostiquer un cancroïde. Je prescrivis quelques remèdes, avec la pensée de l'amener peu à peu à accepter le vrai remède, c'est-à-dire l'opération. Ma proposition n'eut pas le moindre succès; mon homme ne revint plus, et alla consulter mes confrères voisins, qui lui parlèrent dans le même sens que moi. Le malheureux eut alors recours aux sœurs, qui promirent de le guérir au moyen d'une pommade.... Il y a un mois, je fus appelé en toute hâte auprès d'un malade dont l'aspect était horrible à voir: à la place de l'oreille il y avait un immense trou, une vaste ulcération avait dévoré une partie de la tête et du cou. Le côté gauche de la face était paralysé, l'œil du même côté perdu, le malheureux était arrivé au dernier degré de la cachexie cancéreuse; il mourut quelques jours après: inutile de vous dire que ce malade était mon homme au cancroïde de l'oreille. Sa femme me raconta qu'il n'y avait pas huit jours que les sœurs avaient affirmé sa guérison!.. Qui oserait dire que cet homme, opéré, ne serait pas encore plein de vie, et que les sœurs, en entretenant sa fatale confiance, n'ont pas causé sa mort?

Vous parlerai-je de ce prêtre, naguère encore curé de Saint-Cricq, à quelques lieues de chez moi? Sa réputation est aussi grande que celle du sorcier de Jegun; ils se partagent la faveur du public. L'affluence est telle que ledit curé chante sa messe à des heures invraisemblables. Mais celui-ci *emploie de vrais remèdes, fait de vraies ordonnances, qu'un vrai pharmacien exécute!!* Toutefois le rob Boyveau-Laffecteur est le préféré de notre confrère de contrebande. Oh! c'est un crâne! devant tous ses clients ébaubis il traite les médecins d'ânes et les défie en combat singulier. —

Et quelles mesures prend-on pour remédier à cet état de choses?.. Chaque quatre ou cinq ans, l'archevêque change de résidence ce doux représentant de Jésus-Christ, et le promène aux quatre coins du département, histoire d'étendre sa renommée ! ! !

Je ne dirai rien du menu fretin, tels que rebouteurs mâles et femelles, sorciers et sorcières de second ordre, vendeurs d'orviétan et autres arracheurs de dents qui inondent et infestent nos campagnes.

Et comment agissent les médecins pendant ce temps-là? Ils se dénigrent, se font une concurrence plus ou moins loyale, pratiquent la médecine au rabais, etc. etc. ! ! !

Je m'arrête dans l'énumération de nos misères car je n'en finirais pas. Y a-t-il un remède à tout cela ? oui !

II

Ce REMÈDE, vous l'avez trouvé, ou du moins vous avez cru le trouver. Et vous avez proposé la formation des syndicats, et votre voix a été entendue. C'est bien, mais ce n'est pas tout; ou plutôt il y aurait une autre façon d'employer *cette force* d'une manière plus efficace. Je vais expliquer ma pensée dans un instant.

Il y a en France une association, dont je fais partie et vous aussi sans doute, c'est l'Association générale des médecins de France à laquelle est affiliée chaque société médicale départementale. Ne croyez-vous pas qu'on pourrait appliquer à cette association les célèbres paroles de Siéyès, en les modifiant légèrement : *Que pourrait-elle faire ? tout. Que fait-elle ? Rien.*

Oui, que fait-elle?... Elle fait une rente viagère de 300 fr. au malheureux médecin assez abandonné de Dieu et des hommes pour être réduit à lui mendier un morceau de pain. Empêcher un confrère infirme et vieux de mourir de faim, est une bonne action, sans doute; mais, il vaudrait infiniment mieux rendre impossible une pareille détresse. Et cela, l'Association générale peut le faire. Et comment?

1° En s'appelant désormais :

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DE FRANCE.

2° En s'affiliant les associations départementales qui prendraient le nom de SYNDICATS DÉPARTEMENTAUX.

3° En faisant ce que font les syndicats, c'est-à-dire, en s'occupant activement *des intérêts professionnels*.

Quelle force immense, et qui pourrait lui résister?

Pensez-vous que le bureau central et le bureau des syndicats départementaux n'auraient pas le crédit de faire modifier des lois surannées ou insuffisantes? de ruiner, même avec la loi actuelle, l'exercice illégal de la médecine, en forçant les magistrats à poursuivre sans relâche ces pseudo-médecins, nos plus cruels ennemis ; de s'occuper de nos honoraires ; de traduire à leur barre et de faire changer de conduite les mauvais confrères ? Si je ne m'étais déjà beaucoup trop étendu, il me serait facile de démontrer ce que j'avance là sous forme aphoristique. Oui, vénérable *Association*, il vous est facile, en faisant ce que je vous propose, d'effacer toutes nos misères autant qu'il est humainement possible de le faire ; sans cela on pourra dire de vous :

Parturunt montes, nascitur ridiculus mus.

Agréez, etc.

D[r] A. MOTHEY,
de *Monfort-du-Gers.*

RÉPONSE

Oui, nous faisons partie de l'Association générale depuis sa fondation. Nous avons été témoin de ses efforts, dans le sens de vos désirs et nous ne pensons pas qu'elle n'ait rien enfanté. Oui, nous croyons qu'il lui appartient de rechercher le meilleur moyen de faire des *syndicats* ses moyens d'action dans la poursuite des améliorations que ses statuts l'empêchent de nous procurer. Elle serait bien inspirée de s'étudier à cela, au lieu de se défier des syndicats, de les renvoyer aux calendes de l'autorisation légale, dont ils n'ont guère à se préoccuper; en un mot, de s'efforcer de retarder une organisation qui, faite à coté d'elle, par elle et pour elle, comblerait les lacunes que vous signalez. *Les* SYNDICATS *peuvent se passer de* L'ASSOCIATION GÉNÉRALE *et nous estimons que celle-ci aurait le plus grand tort de vouloir se passer des syndicats.*

B

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Dans le numéro du samedi 19 août 1882, notre confrère, M. Barat-Dulaurier, signalant avec raison *l'apathie des membres des Sociétés locales, lorsqu'il s'agit de se rendre aux réunions annuelles*, citait cette excuse donnée par quelques-uns d'entre eux : C'est trop loin, je n'ai pas le temps, il est si difficile de voyager ! et comme exemple donnait, entre autres, la réunion tenue à Grenoble le 17 décembre 1881, réunion qui avait compté quinze membres sur quatre-vingt-dix. Hélas, je n'étais pas de ces quinze zélés (que je soupçonne du reste de n'avoir pas eu un long chemin à faire pour se rendre à destination), je l'avoue humblement et je suis prêt à en faire un *meâ culpâ* vigoureux; je demanderai cependant à mon très honoré confrère la permission de plaider les circonstances atténuantes: La réunion avait lieu le *17 décembre*, je crois que cette date explique bien des défaillances. Le 17 décembre, c'est le plein hiver, c'est-à-dire pour le médecin de campagne, et surtout pour le médecin des montagnes, le moment des grandes fatigues : les malades abondent, il lui faut du matin au soir, sinon du soir au matin, patauger à pied, à cheval, en voiture, par des chemins défoncés avec la boue, la neige ou le verglas. En rentrant chez lui au mo-

ment où, étendu dans son fauteuil, il cuve sa fatigue, il trouve sur sa table l'aimable invitation des confrères du chef-lieu, et, pour s'y rendre, il faudra, par les chemins sus-dits, faire quinze, vingt, trente kilomètres en voiture ou à cheval, car, dans les montagnes surtout, il y a peu de chemins de fer, et pendant ce temps là, tel maladroit se cassera un membre, tel autre attrapera une fluxion de poitrine, et tous lorsqu'on leur dira où est le docteur s'en iront furieux; comme si un médecin avait le droit de s'absenter pour autre chose que pour le besoin des malades! Et ne croyez pas, mon cher confrère, que ce tableau soit trop foncé en couleurs, il ne représente que l'exacte vérité. Mais alors, me direz-vous, c'est la condamnation des réunions, si utiles, si nécessaires aux intérêts du corps médical. C'est leur condamnation en effet, mais pendant six mois de l'année seulement. Pourquoi ne pas choisir les mois de juillet, août, ou septembre? alors les malades sont peu abondants, les routes sont belles, les communications faciles, le médecin éloigné peut, sans trop risquer, s'absenter quarante-huit heures. Telles sont, mon cher confrère, les circonstances atténuantes que j'invoque. Puisse le Tribunal, c'est-à-dire les bureaux des Sociétés locales en conclure avec moi que, si l'on veut désormais avoir des réunions plus nombreuses, il faut tenir un plus grand compte des nécessités et des misères de la profession; et faire disparaître, autant que possible, les bonnes raisons dont les médecins peuvent étayer leur apathie.

Veuillez, mon cher et très honoré confrère, excuser cette longue lettre, mais comme, à mon grand regret, les raisons que je donne m'ont toujours empêché d'assister aux réunions de Grenoble, il s'agit d'un vieux grief que je ne n'ai pas été fâché d'exposer au grand jour.

Veuillez agréer, etc.

D[r] BERGERET
(de Lamothe d'Aveillans).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur l'emploi nouveau, en thérapeutique électrique, de la terre glaise.

M. le D[r] Apostoli a fait à ce sujet, à l'Académie, une lecture qui peut se résumer ainsi:

Je conseille l'introduction, dans la pratique de l'électrothérapie, de l'usage d'un nouvel électrode, la terre glaise, destiné à remplacer, dans bien des cas, les électrodes rigides presque uniquement employés jusqu'à ce jour. Cliniquement, elle offre en effet des avantages incontestables dont voici l'exposé sommaire.

1° Elle facilite et complète certaines applications de galvano-caustique chimique, c'est-à-dire de cautérisation positive ou négative, appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.

Mieux que tout autre électrode, elle limite et termine sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser, sans dépasser les limites tracées d'avance.

2° Elle assure une plus grande constance au courant.

Un peu plus résistante que les tampons ordinaires, elle se dessèche moins vite, et conserve beaucoup plus longtemps un même degré de conductibilité; elle humecte bien l'épiderme, et s'applique uniformément sur lui.

3° Elle facilite les applications de longue durée.

Elle est assez visqueuse en effet pour adhérer spontanément à la peau; elle supprime ainsi le concours d'un aide.

4° Elle permet de varier à volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de la galvanisation, car c'est un électrode mou, facile à trouver partout, qui ne s'use pas, prend la forme qu'on désire, se modèle sur la peau et baigne une étendue de surface facultative.

5° Elle permet de limiter, de localiser l'action totale du courant en réduisant au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.

On peut, en effet, fermer le circuit sur lui-meme, grâce à deux pôles concentriques, augmenter ainsi, sans danger, l'intensité du courant et rendre l'opération plus complète et plus rapide. Les applications de galvano-caustique chimique à la tête et la cure des anévrysmes de l'aorte devront y puiser une large contribution.

6° Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique.

En rendant la peau plus conductrice, grâce à une humectation plus complète, elle diminue la résistance à son passage et, par suite, les effet calorifiques du courant dont la douleur est la conséquence directe.

*
* *

La caféine dans les maladies du cœur.

Dernièrement M. le professeur Lépine (de Lyon) faisait paraitre, dans le *Lyon médical*, (juillet 82) un travail très étudié sur l'utilité de la caféine dans les cardiopathies. A la même époque, M. le D[r] Huchard lisait, sur le même sujet, à la *Société de thérapeutique*, un important mémoire dont nous allons reproduire les conclusions. Comme M. Lépine, M. Huchard pense que la caféine peut trouver place dans le traitement de certaines cardiopathies, dans lesquelles au contraire le digitale semble contre-indiquée. Suivant ces deux auteurs, enfin, les doses de caféine employées jusqu'ici ont été beaucoup trop faibles et expliquent les insuccès des précédents expérimentateurs. Voici donc les conclusions de M. Huchard.

1° Dans certains cas, la caféine est supérieure à la digitale par suite de sa rapidité d'action, puisque j'ai presque toujours vu la diurèse suivre,

dans les douze ou vingt heures, l'administration de la première substance. C'est un avantage qu'il est quelquefois très utile d'obtenir dans les cas extrêmement graves et promptement mortels.

2° Si la diurèse caféique survient rapidement, elle n'atteint que très rarement les proportions de la diurèse digitalique, et elle n'a pas dépassé dans mes observations trois à quatre litres d'urine par jour.

3° La caféine est encore supérieure à la digitale par suite de son innocuité d'action qui résulte de son élimination facile et rapide. On n'a pas à craindre en effet, comme pour la digitale, les effets accumulateurs et toxiques, les phénomènes d'intolérance gastrique, etc.

4° La caféine ne produit, dans mes observations, des symptômes d'intolérance sur l'estomac que dans le cas où le foie est altéré, comme dans la cirrhose.

5° Si la digitale est impuissante ou nuisible dans les cas où la fibre musculaire est atteinte de dégénérescence graisseuse, dans ceux où l'asystolie se complique d'un véritable état cardioplégique, la caféine, au contraire, peut dans ces conditions, rendre de réels services.

6° Pour mieux caractériser les indications des médicaments cardiaques, je propose de reconnaître quatre périodes dans les maladies du cœur:

a. La période que j'appellerai *eusystolique*, avec M. Fernet, et dans laquelle il y a seulement *une lésion* et pas encore une maladie de cœur, période latente par excellence, où le traitement hygiénique doit jouer le plus grand rôle, où le traitement médicamenteux doit être nul;

b. Période *hypersystolique*, caractérisée par l'hypertrophie cardiaque. Si la compensation devient exagérée, la digitale plus encore que la caféine est indiquée;

c. Période *hyposystolique*, caractérisée par la rupture de la compensation, l'affaiblissement des systoles ventriculaires, par des phénomènes d'asthénie ou d'ataxie cardiaqu et aussi par tous les symptômes servant à traduire l'asystolie des auteurs. Dans ces cas la digitale réussit encore mieux que la caféine;

d. Période *asystolique*. C'est l'état cardioplégique de Gubler, caractérisé par une dégénérescence graisseuse du myocarde, l'affaiblissement *constant* du cœur et des vaisseaux, état qui confine souvent à la cachexie cardiaque. C'est dans ces cas que la digitale échoue souvent, et que la caféine peut rendre les plus grands services.

7° Ce qui démontre que la caféine est bien un médicament cardiaque, c'est que, si dans les maladies du cœur elle paraît diminuer la quantité d'albumine, dans les albuminuries d'origine non cardiaques elle ne produit aucun effet de ce genre; ce qui le prouve encore, c'est que son pouvoir diurétique est à peu près nul dans les affections du foie ou des reins, tandis qu'il est réel dans presque to es les cardiopathies.

8° S jusqu'à présent on n'a pas obtenu tous les bons e ets qu'on pouvait attendre de l'emploi de cet agent, *c'est parce qu'on en prescrivait des doses trop faibles*. Il faut commencer d'emblée par vingt-cinq ou cinquante centigrammes, pour arriver progressivement ou *rapidement* aux doses de soixante ou soixante-quinze centigrammes, jusqu'à un, deux ou même trois grammes.

Cette dernière dose doit être cependant très rarement atteinte. La quantité de caféine (car c'est la caféine et non les sels de caféine que j'emploie), doit être prise en trois ou quatre fois dans la journée, afin que le malade soit continuellement sous l'influence de son action.

9° J'ai employé aussi quelquefois la caféine en injections sous-cutanées, et j'ai, dans certains cas, associé la digitale et la caféine. Mais ces derniers faits sont trop peu nombreux encore pour que je puisse formuler à cet égard des conclusions précises. Je crois cependant que la pratique des injections hypodermiques de caféine, devenue maintenant plus facile, grâce à la formule proposée par M. Tanret, doit être prescrite dans tous les cas où l'on veut agir rapidement et sûrement.

En résumé, au sujet de l'action de la caféine, je ne saurais trop répéter ce que j'ai dit au commencement de cette communication: la digitale reste et restera toujours le grand médicament du cœur. Mais dans les cas où elle est inutile ou insuffisante, dans ceux où elle devient nuisible, il faut toujours penser à l'emploi de la caféine qui, dans certaines circonstances encore incomplètement connues, peut produire les meilleurs effets, à la condition expresse, je le répète encore, d'être administrée à dose suffisante. Ainsi se trouve, en partie du moins, démontrée cette assertion que j'émettais au début de ce travail, à savoir qu'il n'y a pas un seul, mais qu'il y a, au contraire, plusieurs médicaments cardiaques. Le corollaire presque obligé de cette proposition, c'est qu'il n'y a pas une asystolie, mais plusieurs espèces d'asystolie. C'est là une question éminemment pratique, que je me propose d'étudier dans la suite.

* * *

Un monstre double.

M. Paul Bert a communiqué à la *Société de Biologie* l'observation d'un monstre double de l'espèce humaine qu'il a examiné à Genève :

C'est un enfant de cinq ans, du sexe masculin, qui a deux têtes, deux thorax, quatre bras, un seul abdomen et une seule paire de jambes. La fusion des deux individus se fait à l'ombilic, ou, si l'on veut, c'est un être double au-dessus de l'ombilic, simple au-dessous. Il a deux cœurs, quatre poumons, deux estomacs, probablement deux duodénums. Au-dessous, l'unité anatomique est bien nette pour l'anus, les organes génitaux et les membres inférieurs. Mais si, dans cette partie inférieure, il y a bien nettement unité anatomique, il y dualité physiologique : chacun des deux monstres se rapporte au membre inférieur qui est de son côté; ils jouent, ils se battent à l'aide de leurs jambes qu'ils opposent l'une à l'autre.

Ces deux êtres se ressemblent par les traits du visage, ce qui permet au cornac qui les montre, d'affirmer que ce sont deux jumeaux. Ils jouissent,

d'une intelligence assez développée; ils parlent français, italien et allemand. Ils sont bien portants, seulement un peu anémiques par suite de la vie confinée qu'ils mènent. Ils ne peuvent marcher. Ils sont distincts, indépendants l'un de l'autre dans leurs efforts intellectuels ; ils dorment et mangent alternativement et indépendamment l'un de l'autre. La sensation de la faim et de la soif est également indépendante. Si l'un mange, cela ne suffit pas à l'autre. La dualité de l'estomac entraîne la dualité de la réplétion et de la satisfaction. Ils ont été baptisés chacun séparément, sous les noms de Jean et de Jacques.

Ce monstre vivra-t-il? Il n'y a pas de raisons pour qu'il ne vive pas. Toutefois les chances de mort sont doubles, puisque la mort de l'un entraîne fatalement la mort de l'autre. Ils se sont bien portés jusqu'ici. D'après des faits antérieurs analogues, il est clair que l'un pourrait avoir la fièvre sans que l'autre fût malade. Il serait intéressant de savoir si, l'un deux ayant été vacciné, l'autre pourrait l'être ultérieurement avec succès.

Ils éprouvent simultanément le besoin d'uriner et le besoin de défécation.

M. Bert rapproche de ce fait celui du fou de Jacques IV d'Ecosse qui était un monstre double semblable à celui-ci; des deux êtres qui le composaient, l'un était plein d'intelligence, d'esprit et de verve ; il était bon musicien et, par sa beauté aussi bien que par son esprit, charmait los dames de la cour; l'autre, au contraire, était laid, idiot et ivrogne à un tel degré qu'il a fini par tuer son frère, en mourant lui-même alcoolique. Ces deux êtres n'étaient jamais d'accord; ils se battaient et s'arrachaient la bouteille des mains, l'un pour la boire, l'autre pour la jeter. Dans ces cas, lorsque l'un des deux êtres est mortellement atteint, c'est l'autre, celui qui était resté bien portant, qui meurt le premier.

De pareils êtres soulèvent un grand nombre de problèmes intéressants: l'un devenant phthisique, que deviendrait l'autre? Les sympathies dans les parties communes sont-elles bilatérales ou unilatérales? En cas de crime commis par l'un d'eux, que serait la sanction pénale? etc., etc.

*
* *

Traitement de l'orchite par le badigeonnage phéniqué.

Ce moyen de traitement est un simple badigeon à l'acide phénique pur (acide phénique cristallisable, neuf grammes, — alcool, un gramme; mêlez), de toute la surface cutanée qui correspond au trajet du cordon du côté malade dans le canal inguinal, sur une largeur d'environ quatre à cinq centimètres.

Il faut donner ce badigeon, en quelques minutes, de trois à quatre couches. Ce badigeon devient, dans la majorité des cas, très rapidement douloureux; il développe une sensation de brûlure le plus souvent insupportable, mais que l'on apaise immédiatement en appliquant une compresse mouillée ou un mouchoir trempé d'eau froide. Il est nécessaire que cette compresse mouillée soit préparée avant de faire le badigeon phéniqué. Avec ce simple traitement, qui ne coûte rien, on peut le dire, ni sangsues, ni linge à blanchir, etc., et qui n'affaiblit pas le malade, comme cela arrive, et ce n'est pas rare, quand il se produit une hémorrhagie abondante pour l'arrêt de laquelle le médecin est quelquefois rappelé près du malade, j'ai vu les orchites simples disparaitre (c'est-à-dire permettre au malade de marcher et de vaquer à ses affaires) en un laps de temps variant de deux à quatre jours dans les cas légers et moyens, et de cinq à huit jours dans les cas les plus graves. Il est entendu que je maintiens au lit le plus possible, mais dans aucun cas cette recommandation n'est observée plus de trois à quatre jours.

L'effet du badigeon sur la peau est le suivant:

1° *Sur l'épiderme*, très peu d'instants après la terminaison du badigeon, l'épiderme présente une sorte de couleur blanche comme nacrée qui devient rouge brun dans le courant de la journée, puis il devient comme parcheminé et imperméable, et la preuve est que, si le lendemain on applique un second badigeon au-dessus du premier, l'épiderme ne change plus de couleur et ne ressent plus aucune sensation désagréable, comme cela arrive après le premier badigeon.

2° De quatre à cinq minutes après le badigeon terminé, il se produit à son niveau une sensation de brûlure très intense dans la majorité des cas. Une compresse mouillée (qu'il faut toujours tenir prête avant de pratiquer le badigeon) calme immédiatement cette douleur très vive qui, sans cette eau froide, durerait de une à deux heures, ce qui a fait dire à un malade, dans un cas où la compresse n'avait pas été appliquée, que le remède était pire que le mal. Or, il n'y a aucun intérêt thérapeutique à ce que cette douleur se produise, et son existence et sa durée sont absolument inutiles. — Dans les orchites graves, avec funiculite, il est bon de répéter le badigeon au troisième ou quatrième jour. A ce moment, la cuisson consécutive au premier badigeon se reproduit plus ou moins intense: le fendillement et la desquamation épidermique mettent plus ou moins le derme à nu. A. Orouet, (*Paris-Médical*).

COURRIER

Mon cher Directeur,

La lecture, dans un de vos derniers numéros, de l'article du Dr L. Guichard sur le seigle ergoté m'engage à vous adresser la relation d'un fait très intéressant de ma clientèle. On pourrait lui donner le titre: de l'emploi du seigle ergoté dans les plaies gangréneuses avec hémorrhagie.

Un gros garçon de 16 ans, guéri par ankylose d'une coxalgie suppurée, fut atteint, en mai 1881, d'une scarlatine grave avec vomissements de sang, taches hémorrhagiques, délire furieux qui dura cinq jours. Les cicatrices anciennes se rouvrirent *par gangrène*, et il s'établit une suppuration des plus abondantes, avec mortification

du tissu cellulaire qui s'en allait *par paquets*. A ces symptômes graves, s'ajoutaient bientôt des hémorrhagies par les plaies fistuleuses: chaque pansement renfermait des caillots parfois très abondants.

Bref, mon malade sauvé de sa scarlatine était menacé d'être emporté par l'abondance de la suppuration et par les hémorrhagies. L'état général devenait mauvais, l'amaigrissement était considérable, la peau brûlante; des sueurs nocturnes apparaissaient.

J'avais essayé le quinquina, le ratanhia, le perchlorure de fer à l'intérieur. J'avais fait dans les plaies des injections avec l'acide phénique, le vin aromatique, le quinquina, le chloral; j'avais employé l'iodoforme intus et extra; j'avais fouillé la constitution avec l'iodure de potassium seul ou associé au mercure: je n'avais rien obtenu, et une terminaison funeste était à craindre. C'est alors que me vint l'idée du seigle ergoté; — je dois dire ici que je m'en sers depuis longtemps. J'ai une cliente qui habite Paris et qui a vu le Dr Duboué employer cet agent dans sa famille et m'en avait parlé. Ayant été le condisciple du Dr Duboué dans les hôpitaux, je n'avais pas hésité à suivre sa pratique.

Au grand étonnement d'un vénérable confrère qui voulait bien m'aider de ses conseils, je donnai 0, 50 centigr. de seigle ergoté associé aux 0, 25 centigr. de sulfate de quinine donnés depuis quelques jours déjà et sans résultat. Le lendemain le pansement n'offrait plus tant de caillots.

A partir de ce jour une amélioration sérieuse survint et douze jours ensuite je pus cesser le seigle. L'état général se relevait; la suppuration avait diminué en même temps que les plaies avaient changé d'aspect. Deux mois après elles étaient cicatrisées.

Le Dr Carnet, malgré son incrédulité primitive, n'a pas hésité à attribuer, comme moi, le résultat au seigle ergoté.

Je crois devoir signaler qu'on trouvera, 1o dans le numéro du 3 octobre 1882 de l'*Union médicale* une note sur l'emploi de l'ergotine contre les sueurs des phthisiques; 2o et dans la *Revue de thérapeutique* du 10 septembre 1882, un article sur l'emploi du seigle ergoté dans les affections des os.

Veuillez agréer, etc. Dr Bertin (*de Gray*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Syndicat de Rosoy-sur-Serre (*Aisne*).

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

Je vous ai promis dans ma dernière lettre de vous donner le compte-rendu de notre réunion syndicale. — Je vous annonce donc que notre réunion d'octobre a eu lieu le dimanche 30 octobre à Rosoy-sur-Serre.

Comme les réunions précédentes, celle-ci a été très animée et cordiale; grâce à l'excellent esprit qui nous anime tous, et à l'union qui règne parmi nous, nous avons traité *pacifiquement* quelques cas de déontologie médicale qui auraient pu nous diviser.

Après une allocution de notre *Président*, M. le Docteur Gérard, allocution qui a été très applaudie, lecture fut donnée du procès verbal de la précédente séance, puis on procéda à la nomination de trois commissions chargées d'étudier:

1o Les moyens de *réprimer l'exercice illégal de la médecine*; ont été nommés membres de cette Commission:

MM. Massul, Desplous, Bocquet, Massu. *Rapporteur*, M. Bocquet.

2o Les *rapports des médecins avec les bureaux de bienfaisance, les sociétés de secours mutuels; les compagnies d'assurances, avec la justice.*

Ont été nommés de cette commission:

MM. Gérard, Détré, Cury, Mora. *Rapporteur*, M. Mora.

3o Les *règles à suivre pour les consultations médicales.*

Ont été nommés membres de cette Commission:

MM. Marache, Bocquet, Ravaux, Richepin. *Rapporteur*, M. Richepin.

Le Secrétaire du Syndicat, Dr Mora.

Voici l'allocution de M. Gérard:

Discours de M. le Dr Gérard président du Syndicat.

Mes chers Confrères,

Nous avons fait depuis notre dernière réunion une perte cruelle, en la personne de notre affectionné confrère *M. Soye*. Au nom du syndicat, j'avais apporté jusqu'au bord de sa tombe, des adieux que m'avait dictés une douloureuse émotion. Mon respect pour l'association générale représentée par M. le Dr *Hugo*, président de *l'Association locale de Laon*, ma déférence pour notre honoré confrère dont vous avez lu le remarquable discours, m'ont fait réserver pour le Concours médical cet hommage rendu en votre nom, à notre plus vaillant défenseur.

Notre syndicat, mes chers confrères, achève sa première année d'existence officielle que j'appellerai la période de formation. Cette période a été moins longue pour lui que pour d'autres, parce que, avant de nous appeler syndicat, nous étions un groupe de médecins amis, accoutumés à nous réunir pour causer des choses de notre art, pour énumérer sans grand espoir de réformes il est vrai, nos difficultés, nos peines, nos misères, nos espérances. Notre confrère, M. *Cury*, en nous conviant fréquemment à *Rozoy* s'est fait véritablement le précurseur de notre syndicat.

Dans cette société de médecins, venus de toutes les directions pour s'entendre, habitués à s'estimer et à rire des petits différends qui les avaient divisés de loin, et qui toujours disparaissaient devant une loyale explication, autour de cette table, les idées d'entente et de revendications professionnelles si fortement défendues par le Concours médical, trouvèrent un écho sympathique.

Le *Syndicat de Rosoy*, fondé en novembre 1881, ébaucha d'abord, puis rédigea ses statuts. Dans ce travail, nous profitâmes de l'expérience des réunions antérieures: nous savions que les plus zélés parmi nous étant retenus parfois à l'heure des séances, il était nécessaire de permettre le vote et la discussion par correspondance. Un ordre du jour étendu dût être adressé à chacun, et des délais furent accordés pour la fermeture du scrutin sur les questions susceptibles de devenir articles des statuts. Nous avions entrevu aussi que l'impossibilité pour un seul de pratiquer les résolutions du syndicat, constituait pour les autres une cause de découragement: nous décidâmes que tout article des statuts devrait être voté par la moitié plus un des membres du syndicat, tant absents que présents. Ces deux principes: respec de la minorité, participation effective des absents aux décisions de l'Assemblée, constituent selon moi, l'originalité de nos statuts. Ils nous seront, j'ose l'espérer, un

gage de vitalité.

Nous avons cru aussi, vous vous le rappelez, mes chers confrères, ne pas devoir insister sur les sanctions disciplinaires. Nous avons pensé que nos relations de confrère à confrère, seraient assez connues de notre société, qu'elles y provoqueraient d'elles-mêmes une approbation ou un blâme tacite, sans avoir besoin d'aucune publicité. Le moins de publicité possible, le plus de discrétion possible, tel est, croyons-nous le premier devoir de chacun de nous, relativement à nos confrères, et à nos réunions. Il est certain, en effet, que si l'on entretient le public de nos relations particulières, et de nos intentions communes, l'un des effets de ces bavardages sera de discréditer les individus, mais il pourra arriver aussi que notre syndicat lui-même soit exposé à l'animadversion du public. Nos clients, en apprenant que nous nous accupons de nos tarifs, croiront bien plus facilement que nous voulons les doubler, plutôt que les uniformiser; ils s'imagineront que nous cherchons de gros bénéfices plutôt que le relèvement moral de notre profession.

Ce relèvement moral ne sera obtenu toutefois, mes chers confrères, que si nous parvenons à uniformiser nos tarifs et à leur fixer un minimum respecté de tous: le médecin qui se laisse extorquer chaque jour des honoraires tout juste suffisants, est un esclave toujours à la peine. *Ecrasé par un travail physique incessant*, il *use les chemins bien plus que ses livres*. Or, le médecin *a besoin de lectures et de loisirs* et, pour cela, il doit être honorablement payé. Là où les honoraires médicaux s'avilissent le médecin est fatalement déconsidéré. Un jour viendra peut-être où les gens du monde se dégoûteront de la médecine pour rien, comme des drogues au rabais; en attendant ce progrès du bon sens public, il faut que notre syndicat entre dans la période d'action.

Exploités par la justice et les administrations, par les bureaux de bienfaisance, par les sociétés de secours mutuels qui paient notre temps moins cher que celui du garde-champêtre à leur service, marchandés par les riches, implorés par les pauvres, il faut que nous nous aidions véritablement les uns les autres.

Nous sommes réunis en *Syndicat;* Messieurs, pour travailler dans notre région à réformer tous ces abus, à réparer toutes ces misères, nous y contribuerons par l'union, par l'étude et par la propagande.

L'union, nous l'avons déjà, mais elle deviendrait bien plus complète, si elle était fondée sur la confiance profonde des confrères voisins les uns dans les autres. C'est de l'étude faite par quelques médecins dont les clientèles se touchent, des questions qui les intéressent, que sortiraient, selon moi, les idées vraies et pratiques sur les réformes à entreprendre.

Notre bureau vous propose, messieurs, de nommer des commissions ainsi formées de quatre ou cinq confrères voisins au plus, et dont chacune prendrait pour objet de ses études, la réforme dont la nécessité est la plus évidente dans sa circonscription.

Si vous admettez l'utilité de ces commissions, nous vous proposerons de les constituer aujourd'hui même d'y arrêter les programmes à étudier pendant les mois qui vont suivre, et de nommer, dès maintenant, le rapporteur chargé de lire, dans notre réunion d'avril prochain, le résultat de vos recherches. A ce rapporteur, chacun de nous serait invité à adresser ultérieurement les réflexions ou les faits qui devraient être utiles à son travail. Nos commissions nous apporteront, n'en doutez pas, messieurs, des études pratiques sur l'exercice illégal, sur nos rapports avec les administrations, avec la justice, sur nos devoirs pendant les consultations. Dans toutes les commissions, il serait bon aussi, à mon avis, que les confrères voisins s'entendissent sur leur tarif particulier d'honoraires, dans chaque localité. Les prix ainsi fixés par les médecins à la clientèle de qui appartient manifestement une localité donnée, s'imposeraient comme un minimum aux confrères plus éloignés. Peut-etre sortirait-il de là, messieurs, en rapprochant les données de toutes les commissions, un tarif général dont l'établissement a paru jusqu'aujourd'hui si difficile, qu'aucun de nous n'a voulu en prendre l'initiative.

Notre séance d'Avril ainsi préparée, serait, je crois, extrêmement intéressante, et vraiment digne d'attirer des confrères zélés, désireux de porter au-delà des limites de notre Syndicat, les bienfaits de cette institution. Je pense, messieurs, que notre Syndicat actuel, s'il n'est pas assez nombreux, réunit du moins des confrères habitant une région suffisamment étendue. Il me semble que si notre circonscription devenait plus grande, nos réunions deviendraient moins faciles et moins suivies, partant moins utiles. Mais, messieurs, nous devons le reconnaître, en raison de notre sphère d'action restreinte, du nombre peu élevé de nos adhérents, l'autorité nous manque pour imposer nos décisions à l'administration et au public. Il faut que d'autres syndicats s'établissent et prospèrent autour de nous. Plus tard, nous leur donnerons la main, en restant Syndicat indépendant, en devenant cercle d'un Syndicat plus vaste, suivant que les circonstances nous le conseilleront. Pour cela, messieurs, je vous propose de rechercher hors de nos limites actuelles, des confrères que nous puissions inviter à notre réunion d'avril et qui veuillent bien fonder dans notre voisinage, à Laon, Vervins, Réthel, Charleville, par exemple, des Syndicats amis du nôtre. Si dans ces villes, nous rencontrons de l'opposition chez les dignitaires de l'Association générale, nous leur dirons que nous faisons tous partie de cette Association; que nous leur sommes reconnaissants de la bonne gestion des sociétés locales, aquelle nous promet pour la vieillesse des secours en cas d'indigence, mais hélas! ne nous promet que cela; et nous les supplierons de nous laisser travailler, en attendant, à l'amélioration matérielle et morale du grand nombre.

Avec de la volonté, avec l'appui de notre vaillant Concours médical, nous réussirons dans cette propagande, soyez en sûrs, et, dans peu de temps, un an, deux ans peut-être, je veux l'espérer, les résolutions de nos Syndicats, prises avec la conscience parfaite de nos devoirs sociaux, avec le désintéressement que nous ont enseigné nos maîtres, mais aussi avec la volonté ferme de vivre honorablement de notre noble profession, nos résolutions s'imposeront aux administrations et au public, comme s'imposent les résolutions des Chambres des notaires et des avocats, en ce qui concerne leurs intérêts professionnels. Nous arriverons à ce but, mes chers confrères, par l'union, par l'étude, par la propagande, et laissez-moi le redire, par la discrétion.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

9 Décembre 1882 — 4me Année. — N° 49

SOMMAIRE

BULLETIN

Les orateurs se succèdent à la tribune de l'Académie, chacun d'eux apportant son opinion particulière sur la nature, l'étiologie et le traitement de la fièvre typhoïde, sans trop paraître se préoccuper des opinions antérieurement émises. Aussi, à mesure que la discussion avance, nous voyons de moins en moins clair. Comme autrefois les philosophes ioniens attribuaient l'origine du monde à un des *éléments*, pris en particulier, de même aujourd'hui nous entendons accuser tour à tour l'eau, l'air, la terre, de recéler le poison typhoïgène: « Choisis si tu l'oses! » M. *Lancereaux* reste hésitant entre l'air et l'eau ; mais cette hésitation même lui inspire une bonne idée: celle de demander à l'Administration un tableau exact de la distribution de l'eau dans Paris afin de le comparer avec la marche du fléau. S'il est démontré, après un examen sérieux, que l'eau n'est pas la source des épidémies, il faudra alors interroger l'air et rechercher les foyers d'infection de l'atmosphère.

Contrairement à un grand nombre de ses collègues et de ses confrères, il se refuse à accorder à l'encombrement un rôle générateur d'une réelle importance : pour lui, l'encombrement et le défaut d'acclimatement ne sont que des causes secondaires. Cette affirmation amène M. *L. Colin* à la tribune. Pour l'honorable Académicien, la cause majeure la plus commune de la fièvre typhoïde est le miasme émanant de l'organisme vivant, alors même qu'il y a agglomération, sans encombrement proprement dit; et les exemples qu'il cite sont bien de nature à justifier cette opinion. L'orateur admet d'ailleurs aussi l'action nocive des miasmes provenant de tout foyer de putréfaction animale et plus spécialement des matières fécales : la première cause engendrerait les épidémies hivernales, la seconde les épidémies estivales. Quant aux différentes influences locales qui ont été tour à tour invoquées, elles ont toutes une importance très considérable ; mais l'orateur croit « qu'il existe des conditions générales, fort obscures assurément, tenant peut-être à des modifications encore mal déterminées de l'atmosphère, desquelles dépendrait une plus grande facilité dans le développement et la généralisation de la fièvre typhoïde, et grâce auxquelles les germes de l'affection sont plus ou moins actifs. C'est ainsi que M. Colin explique les différences que présente ce que l'on a appelé le *Génie épidémique* de cette affection. « L'explication n'est pas très claire : c'est le cas de dire avec le dindon de la fable :

.... Je vois bien quelque chose;
Mais je ne sais pour quelle cause,
Je ne distingue pas très bien.

Ce n'est pas que l'orateur ait « oublié d'éclairer sa lanterne, » mais, c'est qu'en dehors de l'encombrement, de cette action nocive de l'homme sur l'homme dans un milieu d'étendue trop restreinte, il faut bien avouer que nous ne connaissons aucune des causes de la dothiénenterie, et cet aveu est le bénéfice le plus certain que nous retirerons de la discussion actuelle. Pour être juste cependant, nous devons ajouter que M. *Bouchar-*

dat a eu parfaitement raison de mettre au nombre des causes productrices de l'épidémie, à côté de l'encombrement, le défaut d'acclimatement : ce sont là les deux seules notions positives qui nous paraissent pouvoir être admises jusqu'ici, pour rendre compte de l'origine première du fléau ; car, une fois né, il trouve, dans nos grandes villes, mille moyens de se développer, et c'est alors qu'on est en droit de faire entrer en ligne de compte toutes les causes secondaires dont nous avons déjà eu l'occasion de parler ici.

— Il paraît que l'Administration semble enfin s'émouvoir des réclamations incessantes des médecins, des hygiénistes et des membres de la presse médicale : il serait, en effet, question, en ce moment, au ministère de l'Intérieur d'organiser un Bureau d'hygiène ou une Direction de la Santé publique où se centraliseraient tous les services d'assistance et d'hygiène qui se partagent aujourd'hui entre les ministères de l'Agriculture et de l'Intérieur. Le *Concours médical* ne peut qu'applaudir à cette création qu'il a été un des premiers à demander, et dont l'utilité pratique a été mise hors de doute par M. Liouville, député, dans son Rapport sur le Budget du Ministère de l'Intérieur en 1881, par M. A.-J. Martin, dans son Rapport sur l'organisation de l'hygiène publique, enfin par le dernier Congrès de Genève et par la récente discussion à laquelle l'Académie de médecine s'est livrée au sujet de la fièvre typhoïde.

— Encore une bonne nouvelle pour terminer : Le projet de loi sur les syndicats professionnels, voté par la Chambre précédente et modifié par le Sénat, vient d'être rapporté à la Chambre actuelle. Le Ministre du Commerce a demandé à M. Brisson de convoquer le plus tôt possible les Bureaux de la Chambre pour nommer la Commission qui devra examiner ce projet. La nomination d'une nouvelle Commission est, en effet, indispensable ; car la Commission de l'ancienne Chambre a disparu avec celle-ci, et, au point de vue de la procédure parlementaire, le projet modifié par le Sénat se présente aujourd'hui devant la Chambre actuelle comme un projet absolument nouveau.

Quelle belle chose que notre régime parlementaire et comme il rend les réformes faciles ! Mais tout vient à point à qui sait attendre.

D[r] J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE D[r] ARMAND RIZAT.

I

L'étude des maladies de la peau a subi depuis quelques années une impulsion nouvelle et très considérable. Les descriptions sont devenues plus exactes, par suite de l'emploi du microscope ; mais une des parties de la dermatolologie à laquelle les auteurs se sont le plus appliqués, c'est la classification, afin d'arriver à les ranger sous une dénomination aussi conforme que possible avec la nature de la lésion cutanée.

A vrai dire, tous les auteurs, depuis Mercuriali — qui donna, en 1572, la première classification — jusqu'à nos jours, en passant par Plenck, Willan, Cazenave, Rayer, Devergie, Bazin, Hardy, ont chacun proposé une classification. Mais celle-ci était remaniée par les auteurs qui venaient ensuite, si bien qu'il en résultait un véritable chaos qui, non-seulement, rendait l'étude de ces maladies entièrement difficile, mais encore enlevait toute indication positive à la thérapeutique au grand détriment des malades.

Je ne passerai pas en revue, bien entendu, toutes les classifications, je vais seulement examiner les trois plus récentes, celle de Bulkley, celle d'Auspitz et celle d'Hillairet.

Voici d'abord celle de Duncan BULKLEY, médecin de l'hôpital des maladies de la peau à New-York et directeur des *Archives of dermatology*. — Sa classification est écrite en latin, et il la donne dans chacun des numéros de son Journal trimestriel en appelant sur elle la critique de tous ; il déclare qu'il se rangera à l'avis de celui qui lui en proposera une meilleure.

PREMIÈRE CLASSE.

Maladies parasitaires.

A. — Parasite végétal : *Tricophytie*, (*Tricophyton*), *Teigne faveuse* ou *favus*, (*Achorion Shœnleinii*), *Teigne versicolore* (*Microsporon furfur*).
B. — Parasite animal : *Phtiriase* (*Pediculi*), *Gale*, (*Acarus*).

DEUXIÈME CLASSE.

Maladies des glandes de la peau.

A. — Maladies des glandes sébacées :
Acné, *Molluscum*, *Acné rosacée* ou *Couperose*.
B. — Maladies des glandes sudoripares.
1° Par la quantité de sueur : *Hyperidrose*, *Anidrose*.
2° Par la qualité de la sueur : *Bromidrose*, *Chromidrose*.
3° Par rétention : *Sudamina*.

TROISIÈME CLASSE.

Névroses.

Zona ou *Herpès zoster*, *Prurit*, *Dermatalgie*, *Hypéresthésie*, *Anesthésie*, *Troubles trophiques*.

QUATRIÈME CLASSE.

Maladies exsudatives ou inflammatoires.

A. — Par infection ou contagion.

Rougeole, Rotheln, (Rougeole des Allemands), Scarlatine, Variole, Varicelle, Vaccine, Syphilis, Pustule maligne, Morve, Diphtérie de la peau, Erysipèle.
B. — Internes ou d'origine locale.
I. — Erythémateuses : *Roséole, Erythème.*
II. — Papuleuses : *Lichen, Prurigo.*
III. — Vésiculeuse : *Herpès.*
IV. — Bulleuses : *Hydroa, Pemphigus.*
V. — Pustuleuses : *Sycosis, Impetigo, Eczéma.*
VI. — Polymorphes : *Eczéma, Dermatites* dues soit à la chaleur, à l'empoisonnement, au traumatisme, à des médicaments.
VII. — Squameuses : *Psoriaris, Pityriasis.*
VIII. — Phlegmoneuses : *Furonculose, Anthrax.*
IX. — Ulcéreuses : *Onyxis, Ulcère simple, Ulcère vénérien.*

CINQUIÈME CLASSE.

Hémorrhagies.

Purpura, Hematidrose, Scorbut.

SIXIÈME CLASSE.

Hypertrophies.

A. — Du Pigment : *Lentigo, Nœvus pigmentaire Maladie d'Addisor.*
B. — De l'épiderme et des papilles : *Kératose, Iothyose, Verrues.*
C. — Du tissu cellulaire : *Sclérodermie, Scléréme, Eléphantiasis, Frambœsia.*
D. — Des cheveux.
E. — Des ongles, Onychoses, Onychogryphoses.

SEPTIÈME CLASSE.

Atrophies.

A. — Du pigment : *Albinisme, Vitiligo.*
B. — Du chorion : *Atrophie de la peau.*
C. — Des cheveux : *Alopécie, Trichorexis noueuse.*
D. — Des ongles : *Onychatrophie.*

HUITIÈME CLASSE.

Néoplasmes.

I. — Néoplasmes bénins.
A. — Du tisssu cellulaire : *Chéloïde, Fibrôme, Xanthome.*
B. — Du tissu granuleux : *Lupus, Scrofulides.*
C. — Des vaisseaux sanguins : *Nœvus, Angiome.*
D. — Des lymphatiques : *Lyphadenôme, Lyphangiôme.*
E. — Des nerfs : *Névrômes.*
II. — Néoplasmes malins.
Lèpre, Carcinome, Epithélioma, Sarcome.

Cette classification peut être l'objet de certaines critiques : ainsi Bulkley place dans la troisième classe NÉVROSES, *l'herpès zoster* ou *zona* et le *prurit* ; cet auteur aurait, selon moi, placé plus justement l'herpès zoster à côté de l'herpès simple : c'est-à-dire dans la quatrième classe parmi les AFFECTIONS VÉSICULEUSES. En outre, le mot *névrose*, dont il se sert pour désigner la nature de l'herpès zoster n'est pas exact, car l'idée de *névrose*, indique du côté du système nerveux un état *morbide* mais *apyrétique*; de plus, la névrose a comme autre caractère une durée très longue ; or l'herpès zoster comme l'herpès simple est toujours symptomatique d'une *névrite* aiguë fébrile ou non et a une durée très courte. Quant au *prurit*, ce n'est pas une *maladie*, c'est un *symptôme* et il ne saurait en aucune manière être rangé au nombre des « maladies de la peau. »

La quatrième classe, la plus importante de toute la classification, comprend deux divisions : 1° les maladies infectieuses et contagieuses, 2° les maladies internes ou d'origine locale. La classification gagnerait en précision et en exactitude si l'on renversait l'ordre, c'est-à-dire si l'on mettait en première ligne les maladies internes ou d'origine locale, qui sont groupées d'après leurs symptômes ; en second lieu les maladies *infectieuses* et *contagieuses*, mais en ayant soin de mettre en regard le genre d'éruption par lequel elles se manifestent, car la dénomination infectieuse et contagieuse, n'indique pas leur caractère dermatologique. En troisième lieu j'aurais mis la syphilis à part eu égard à la grande variété de ses manifestations cutanées.

Quand au reste de la classification, il n'y a pas lieu de faire la moindre critique.

Arrivons maintenant à la classification D'AUSPITZ.

PREMIÈRE CLASSE.

Dermatides.

Processus inflammatoires de la peau.

A. — Inflammations superficielles (dermatides.
1re famille. — Catarrhes superficiels de la peau, dermatides catarrhales.
a Avec hyperhémie simple : *Erythème.*
Avec exsudation séro-purulente : *Eczéma.*
2e famille. — Stigmatoses. Catarrhes érosifs de la peau.
a Stigmatoses parasitaires produites par des animaux : *Poux, Punaises, Puces, Acares.*
b Stigmatoses produites par un traumatisme.
3e famille. — Catarrhes des follicules (périfolliculoses) : *Acné, Sycosis.*
4e famille. — Catarrhes de la peau avec sécrétion d'un liquide et stase du liquide.
a Se terminant par renouvellement de l'épiderme *Ecthyma.*
b Se terminant par une cicatrice : *Ulcérations.*
B. — Inflammations profondes de la peau. (Phlegmons de la peau).
1re famille. — Phlegmons diffus de la peau.
a Par brûlure : *Combustion.*
b Par le froid : *Congélation.*
c Sans cause externe : Pseudo-érysipèle. (Phlegmon diffus).
2e famille. — Phlegmons circonscrits de la peau : *Furoncle : variétés parasitaires par pulex pénétrant, Anthrax. Bouton d'Alep et de Biskra.*
3e famille. — Phlegmons de la peau par stase des liquides. *Phlébite et lymphangite de la peau. Erysipèle*

DEUXIÈME CLASSE.

Dermatoses angionévrotiques.

Dermatoses caractérisées par une altération marquée du tissu vasculaire et accompagnées d'une éruption plus ou moins saillante sur l'épiderme.
1re famille. — Angionévroses infectieuses de la peau, (exanthèmes aigus, fièvres éruptives) : *Rougeole, Scarlatine, Vaccine, Varicelle, Variole.*
2e famille. — Angionévroses toxiques de la peau, (exanthèmes médicamenteux. — *Urticaire toxique, Ergotisme.*
3e famille. — Angionévroses essentielles, (idiopathiques, diathésiques). — *Erythème multiforme, Herpès circiné, Acne rosacea.*

TROISIÈME CLASSE.

Dermatoses névrotiques.

Dermatoses produites par une lésion des nerfs de sensibilité.
1re famille. — Dermatoses névrotique à marche cyclique, Herpès neuriticus. — (zona, herpès zoster). — Herpès fébriles.
2e famille. — Dermatoses neuritiques à marche cyclique. — Urticaria neuritica.

QUATRIÈME CLASSE.

Dermatoses par stase circulatoire.

Dermatoses ayant pour caractères une altération passive de la circulation et un obstacle à l'absorption par les voies veineuses et lymphatiques.
A — La stase est incomplete.
1re famille. — Hyperhémie et anémie par stase ;

Cyanose, Ischémie.
2e famille. — Transudations par stase : *Œdème de la peau, Eléphantiasis, Sclérème.*
B. — La stase est complète.
Famille unique : Nécroses par stase : *Decubitus, Gangrène, Asphyxie locale des extrémités, Mal perforant, Ainhum* (1).

CINQUIÈME CLASSE.

Dermatoses hémorrhagiques.

Dermatoses produites par la sortie des globules rouges hors des vaisseaux sans éruption inflammatoire et sans stase circulatoire locale.
1re famille. — Hémorrhagies traumatiques : *Ecchymoses, Pétéchies.*
2e famille. — Hémorrhagies essentielles, sans cause ultérieure: *Purpura, Purpura hémorrhagique, Scorbut.*

SIXIÈME CLASSE.

Idio-névroses de la peau.

Anomalies des fonctions nerveuses de la peau sans troubles trophiques.
A. — Altérations de la sensibilité cutanée.
Ire famille. — Névroses du Tact.
Hypéresthésie, Anesthésie, Paresthésie.
2e famille. — Névrose de la sensibilité générale.
Névralgie, Prurit, Prurigo.
B. — Altération des fonctions des nerfs moteurs de la peau.
Dermatospasme, Chair de poule.

SEPTIÈME CLASSE.

Epidermidoses.

Anomalies de croissance de l'épiderme et de ses annexes.
A. — Anomalies de la couche cornée et des sécrétions épidermiques.
1re série. — Kératoses proprement dites.
a Hyperkéra toses : *Ichthyose.*
b Parakératoses : *Psoriaris, Lichen ruber et planus.*
c Kératolyses : (2) *Pityrias is.*
2e série. — Trichoses. (Maladies des cheveux).
3e série. — Onychoses. (Maladies des ongles).
4e serie. — Stéatoses. (Maladies des glandes sébacées).
5e série. — Idroses. (Maladies des glandes sudorales).
B. — Anomalies des éléments pigmentés de la peau. (Chromatoses).
1o Hyperchromatoses : *Nœvus pigmentaire, Ephélides.*
2o Parachromatoses : *Ictère, Ingestion de nitrate d'argent, Tatouage, Mal d'Addison, Cachexie,*
3o Achromatoses : *Albinisme, Vitiligo.*
C. — Anomalies de la couche des cellules à piquants de l'épiderme, (Akantoses).
Hyperachantoses, Verrues.
Parachantoses, Epithelioma.
Akantolyses (3), Pemphigus bulleux et foliacé.

HUITIÈME CLASSE.

Chorioblastoses.

Anomalies de croissance du derme et du tissu conjonctif sous-cutané.
A. — Hypertrophies.
B. — Croissance paralytique du tissu conjonctif, (Paradesmoses).
Ire famille. — Granulome cutané. *Lupus*, et toutes ses variétés, *Scrofulides, Lèpre, Syphilides.* Toutes les variétés depuis la *roséole* jusqu'à la *gomme.*
2e famille. — Des mômes de la peau : *Fibromes, Kéloïdes, Angiôme. Sarcômes.*
C. — Atrophie du tissu conjonctif.

NEUVIÈME CLASSE.

Dermatomykoses.

Champignons de la peau et de ses annexes : *Favus, Herpès tonsurant* et *circiné, Sycosis, Pityriasis versicolor.*

(1) Maladie du Brésil, particulière à la race noire, caractérisée par une dégénérescence hypertrophique du petit orteil qui tombe spontanément par gangrène au bout de quelques années. *Traitement :* Amputation. Pas de médication interne.

(2) *Keras*, côrne ou épiderme, *lysis* chute.

(3) *Akantha*, épine; *lysis*, chute.

Cette classification que j'ai abrégée le plus possible, se trouve tout entière dans les Annales de Dermatologie de janvier 1881, et dans le traité des maladies de la peau du Dr Hillairet. Elle est pour ainsi dire la séméiologie résumée de toutes les affections cutanées, et un véritable sommaire indiquant le caractère clinique et anatomo-pathologique de toutes les maladies qui sont susceptibles de provoquer une modification quelconque dans la constitution normale de la peau ; ainsi Auspitz place au nombre des affections cutanées et dans les *phlegmons de la peau* (première classe, B. première famille) les altérations causées par les brûlures et par le froid, bien que ces affections, tout en se développant aux dépens des éléments de la peau, n'appartiennent pas, à proprement parler aux véritables « maladies de peau » dans le sens qu'on attache généralement à cette dénomination.

De plus, Auspitz divise les maladies parasitaires en deux groupes. Le premier qu'il désigne sous le nom de : « *Stigmatoses, Catarrhes érosifs de la peau.* » (première classe. A. première famille) comprend les dermatoses produites par les parasites animaux. Le second, désigné sous le nom de *Dermatomycoses* (neuvième classe) renferme les maladies causées par les parasites végétaux : à mon sens, la signification eût gagné en concision, si les deux groupes avaient été réunis en un seul, sous la dénomination des dermatoses parasitaires. En second lieu, ce que le professeur viennois désigne sous le nom de *Stigmatoses, Catarrhes érosifs de la peau* causés par des parasites animaux, ne sont que des affections secondaires provoquées par les démangeaisons : et, en effet, si l'on examine de près les lésions produites par les différents parasites animaux, on verra qu'elles se manifestent tantôt par des petites taches rouges hémorrhagiques (piqûres de puces, de punaises), tantôt par des papules surmontées d'une vésicule (chenille, moustiques), par des *vésicules* seules. (Acarus de la gale). Toutes ces affections parasitaires donnent lieu à des démangeaisons quelquefois très intenses ; et chez certains malades qui se grattent, pour ainsi dire, avec une véritable frénésie, on voit survenir non seulement des *érosions*, mais encore de véritables *ulcérations*, tandis que chez d'autres, plus rares il est vrai, on ne constate pas la moindre érosion : quand, par exemple, le malade a des pediculi du pubis. Et, à côté de ceux-là, on rencontre des personnes n'ayant que du *pityriasis versicolor*, (dermatose absolument indolore, et passant le plus souvent inaperçue aux yeux des malades) mais qui, ne pouvant se faire à l'idée d'avoir, comme ils le disent, « quelque chose sur la peau, » se grattent et provoquent des érosions. Je dirai de plus que, parmi les affections causées par les parasites, Auspitz aurait dû placer l'ecthyma causé par la gale, et l'eczéma du sein chez la femme, causé par la même maladie? Quoi qu'il en soit, à part quelques petites questions de détail, la classification d'Auspitz permet de parcourir d'un seul coup d'œil toutes les variétés que présentent les *altérations de la peau et de ses annexes* quelle qu'en soit la forme,

quel qu'en soit le caractère clinique, quelle qu'en soit la cause. Aussi, doit-on reconnaître à cette classification, les preuves de recherches longues et difficiles, et d'un travail extrêmement consciencieux. (*A suivre*). Dr ARMAND RIZAT.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

DE LA KÉRATITE VASCULAIRE D'ORIGINE GRANULEUSE.

Le mot *pannus* est souvent seul employé pour désigner la kératite vasculaire chronique d'origine *granuleuse*, la cornée présentant, dans un grand nombre de cas, la teinte rougeâtre d'un morceau d'étoffe écarlate. Il serait bon cependant, si l'on tient à conserver cette dénomination, d'indiquer la cause et la nature de l'affection, car la confusion est possible. N'y a-t-il pas, en effet, le *pannus trichiasique*, celui consécutif à des phlyctènes de la cornée et de la conjonctive, et n'a-t-on pas décrit le pannus spontané et primitif (*Juncker*) lié à des troubles de la circulation abdominale, etc?

D'autres auteurs, parmi lesquels M. Galezowski, l'appellent *kératite granuleuse*, regardant les granulations conjonctivales comme la cause, pour ainsi dire constante, de la maladie. Ajoutons le mot *vasculaire* et nous aurons ainsi marqué son caractère anatomo-pathologique saillant. Sa pathogénie et ses symptômes feront le sujet de cet article.

I. — Pathogénie.

Rien de plus facile à comprendre que le mode de production de cette affection. Véritable *kératite traumatique*, elle a son point de départ dans l'irritation mécanique que détermine le frottement incessant des granulations conjonctivales contre la cornée. Nous retrouvons ici la même pathogénie que dans la kératite consécutive au trichiasis, à l'entropion ou à la lithiase conjonctivale. Sous l'influence du frottement, l'inflammation débute par de petites ulcérations linéaires, parallèles, à ciel ouvert, répondant pour ainsi dire chacune à une série de granulations. Dans le fond du sillon ulcéré est couché un vaisseau; puis les parties voisines sont envahies. Voici, très succinctement, la marche du processus pathologique si bien étudié par *Donders, Coccius et Ivanow.* Sur les limites de la cornée, on voit de petites cellules rondes proliférer, puis s'infiltrer entre la membrane de Bowman et l'épithélium qui s'épaissit considérablement. En même temps des courants de globules sanguins apparaissent au milieu de ces amas cellulaires, puis des anses vasculaires sur deux plans (*Coccius*) en continuité de rapport avec les arcades du limbe cornéen (Broca). La cause productrice vient-elle à disparaître, les néo-vaisseaux s'atrophient, et les cellules, par suite d'insuffisance de nutrition, deviennent granulo-graisseuses (*opacités grisâtres ou laiteuses*) et meurent. C'est le *pannus tenuis*. Dans le *pannus sarcomateux*, au contraire, par suite de la persistance des granulations, les mêmes cellules prolifèrent activement, envahissent, détruisent la membrane de Bowman et la couche propre de la cornée, et donnent naissance à des ulcérations profondes ; les vaisseaux se multiplient, et c'est alors qu'a lieu l'organisation en tissu conjonctif suivie plus tard de rétraction cicatricielle et d'opacités étendues et incurables.

II. — Symptômes.

Il y a une trentaine d'années, nos prédécesseurs se faisaient fort de reconnaître *à distance* une affection de la cornée, à l'attitude particulière du malade. Alors que l'exploration de l'appareil de la vision se réduisait presque à l'examen fonctionnel, on attachait beaucoup d'importance à cette physionomie spéciale du malade atteint de la forme aiguë de la kératite vasculaire granuleuse. Tant que l'épithélium cornéen est intact, le patient ne fait que baisser la tête et fermer à demi les paupières, mais dès qu'apparaissent les ulcérations superficielles, la *photophobie* devient extrême. C'est précisément ce symptôme qui faisait dire à *Deval*, qu'il suffisait à faire diagnostiquer une kératite, sans visiter les yeux. Je ne conseillerai jamais de faire ainsi un diagnostic *à distance*. Ce serait en effet se mettre à côté de la vérité que de s'en rapporter uniquement à ce symptôme *photophobie* que nous constatons dans un certain nombre d'autres affections oculaires. — Par action réflexe, les larmes sont sécrétées en abondance (*larmoiement*) et s'échappent à flot, brûlantes, quand on entr'ouvre les paupières spasmodiquement contractées (*blépharospasme*). Qu'on nous permette d'ouvrir une parenthèse à propos de la *phtoophobie*. La plupart des malades atteints de kératite granuleuse se présentent à la consultation avec une difficulté plus ou moins grande de supporter la lumière. Ce n'est que dans une demi-obscurité, à la nuit tombante par exemple qu'ils peuvent ouvrir les paupières. Mais à côté de ces sujets, il en est un certain nombre qui éprouvent cette même difficulté douloureuse d'ouvrir les yeux aussi bien dans l'obscurité la plus complète qu'au grand jour. Ce n'est donc plus seulement ici la crainte de la lumière, mais la crainte du contact *de l'air* : il y a, si je puis m'exprimer ainsi, une véritable *aérophobie*, symptôme que l'on remarque dans toute son intensité, lorsqu'il y a destruction de l'épithélium de la cornée. Dans ce cas, l'irritation, partie des terminaisons nerveuses mises à nu, détermine par action réflexe, comme je l'ai déjà dit plus haut, le larmoiement et le blépharospasme, de même qu'elle retentit sur les différentes branches du trijumeau sous forme de névralgies périorbitaires. Ces troubles fonctionnels jettent, on le comprend, une grande perturbation dans l'exercice de la vision, devenue d'autant plus défectueuse que la vascularisation

et la prolifération cellulaires ont fait davantage de progrès.

On pourrait s'attendre à une aggravation de ces symptômes quand il s'agit de la forme *sarcomateuse*, quand les altérations anatomiques font ressembler la cornée à une plaie bourgeonnante. Il n'en est rien et, à part la vision qui, lorsqu'elle n'est pas complètement abolie, se trouve réduite à la perception quantitative de la lumière, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction. Dans les Flandres, en Algérie, le nombre est considérable des granuleux qui offrent le triste spectacle des ravages de cette affection ; ces malheureux, pour ainsi dire endurcis au mal, se plaignent rarement de souffrir ; c'est à peine s'ils accusent la sensation de corps étranger.

A ces signes perçus par le malade, s'ajoutent ceux que l'examen direct fournit au médecin. J'insiste tout particulièrement sur la nécessité d'une exploration complète et minutieuse. C'est en n'observant pas soigneusement, et en se contentant de voir à peu près, que l'on commet des erreurs de diagnostic et que viennent les insuccès. Rien de plus préjudiciable à la réputation du praticien que d'échouer dans le traitement d'une affection réputée légère, pour avoir laissé passer inaperçus certains détails auxquels ou n'a pas daigné s'arrêter. L'examen à l'éclairage latéral et à la loupe est absolument de rigueur. Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur la façon de procéder, ce point ayant été traité dans un numéro du *Concours* de 1881.

S'agit-il de l'état aigu, du *pannus tenuis* ? La cornée terne et dépolie présente quelques altérations superficielles ; d'autres fois, l'épithélium n'est pas entamé mais soulevé par les vaisseaux tortueux et des cellules de nouvelle formation. La membrane transparente, devenue d'un gris rosé caractéristique, laisse difficilement distinguer l'iris et la pupille. Une signe pour ainsi dire pathognomonique de la *kératite granuleuse*, c'est le siège de ces lésions exactement limitées à la portion de cornée recouverte par la paupière supérieure.

Quand l'affection fait des progrès, les vaisseaux prennent un développement énorme et s'anastomosent entre eux en mailles si serrées, qu'on dirait une membrane essentiellement vasculaire. La conjonctive qui n'était qu'hypérémiée au début, devient aussi enflammée que la cornée. Les infiltrations exsudatives ont amené l'hypertrophie végétante et fongueuse des couches superficielles qui peuvent du reste envahir de véritables granulations. Lorsque, après un laps de temps plus ou moins, prolongé, la turgescence inflammatoire a diminué, la coloration gris-rosé fait place à une coloration gris-jaunâtre sale, et la cornée opaque est devenue raboteuse sillonnée de cicatrices enfoncées.

Nous avons affaire à une affection grave, et, à part de rares exceptions, essentiellement chronique. La guérison de la conjonctivite granuleuse pourra bien annoncer la diminution des lésions et surtout de la vascularisation, mais trop souvent le médecin est consulté trop tardivement et, malgré tous les soins, des opacités indélébiles persistent et, comme conséquence, une diminution considérable de l'acuité visuelle. Le *pannus tenuis* est une affection relativement bénigne en comparaison de la gravité du *pannus crassus*. Je signalerai en terminant les accidents sérieux auxquels expose cette dernière forme de kératite : perforations de la cornée, staphylôme, glaucôme secondaire, etc...

Dr S. Baudry. (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

A propos de l'Assemblée générale du 17 septembre.

Monsieur le directeur,

Je viens de lire le nº du *Concours médical* du 23 septembre et me permets de vous faire part des réflexions que m'a suggérées cette lecture.

En ce qui concerne le futur placement des enfants en nourrice, il me semble que le *Concours médical* rendrait de réels services à la société. Mais que de difficultés à vaincre, que de routines à faire cesser, que de démarches inutiles ! Il faudrait dans les grandes villes de province des correspondants d'un bureau central siégeant à Paris. Il faudrait autant d'autorisations préfectorales et des installations ainsi qu'un personnel coûteux. Il faudrait peut-être aussi plus d'activité de *tous* les membres du *Concours*, surtout de la part de ceux qui habitent les villages où la profession de nourrice est une spécialité. Si cela était, notre œuvre serait le contrefort de la loi Roussel si mal observée dans la généralité de nos départements où on confie encore, et sans certificat quelconque, des enfants à des femmes qui n'ont aucune des qualités, ni morales ni physiques, que doivent avoir toutes les femmes qui veulent allaiter un enfant d'autrui.

Où le *Concours* pourrait surtout jouer un rôle réellement humanitaire, ce serait en plaçant—sous sa surveillance et sa responsabilité, — ces nombreux petits êtres créés et nés dans des conditions peu favorables, et dont les parents ne savent que faire et que, dans leur trouble, leur embarras, ils sacrifient d'une façon plus ou moins criminelle. Il me semble que le *Concours*, composé d'hommes accoutumés à garder le secret de tout ce qu'ils voient professionnellement, solvables au moins moralement, pourrait — moyennant une somme une fois versée, ou des versements mensuels, se charger de ces enfants que ses membres surveilleraient, cautionneraient, tout en correspondant, à leur sujet, avec le Bureau central ou avec les auteurs de leurs jours directement. Quelles personnes, quelles sociétés pourraient offrir plus de garanties

morales et financières que le *Concours*, aux intéressés qui ne tarderaient pas à le savoir.

Le remplacement possible, et à des conditions pas trop onéreuses, des médecins, me paraît une bonne œuvre, mais à la condition, seulement, que les confrères pauvres le seront seuls gratuitement. La somme de 2.600 francs allouée à cet effet, ne devrait peut-être servir qu'aux frais de déplacement des suppléants de ceux de nos confrères peu fortunés qui, temporairement sont empêchés de gagner leur vie, laissant aux remplacés au moins une partie des frais de leur remplacement. Mais aura-t-on toujours assez de confrères titrés pour faire face aux demandes, et ne serait-il pas indispensable d'accepter le concours d'étudiants, d'internes d'hôpitaux offrant des quantités morales et scientifiques suffisantes. Dans ce cas, il serait bon de leur en adresser la demande et de les avoir prêts, car l'arrivée du suppléant sera toujours trop tardive pour que la clientèle du confrère malade ne souffre pas. Combien cette institution des suppléances serait utile aux jeunes gens qui n'arriveraient plus aussi inexpérimentés à l'exercice réel de leur profession !

Le *Concours médical* pourrait seul publier un annuaire médical, pas trop inexact, qui rendrait aux médecins eux-mêmes et aux personnes qui font de la publicité un service important.

Agréez, etc. Dr Cénas (de *Meyzieux*).

II

Déontologie médicale

Médecins et Sociétés commerciales, industrielles ou mutuelles.

Monsieur le Directeur,

Je voudrais bien voir trancher par le Conseil judiciaire du *Concours*, une question d'intérêt général pour le corps médical tout entier. Voici le cas. Nombre de Compagnies et de Sociétés, soit commerçantes, soit industrielles, mutuelles, prennent des médecins à l'année. C'est alors un abonnement annuel dont le montant est fixé amiablement par les deux parties contractantes , médecin d'une part, compagnie ou société de l'autre. Le médecin a-t-il le droit de réclamer devant les tribunaux le payement intégral de toute l'année l'orsque, cette année ayant été commencée, la Compagnie ou la Société dont il était le médecin le remercie tout-à-coup ? En d'autres termes, l'abonnement commencé est-il acquis intégralement au médecin ? Cette question me parait importante, car si le médecin peut réclamer devant les tribunaux une année entière d'honoraires fixes, il se trouve à l'abri de l'arbitraire que pourraient présenter assez fréquemment les décisions des Compagnies ou des Sociétés industrielles ou autres.

Recevez, etc.

Dr Cassan

(*de Banyuls-sur-Mer*)

Réponse

La question doit se résoudre d'abord d'après les conventions intervenues entre le médecin et la Compagnie. Voir si les cas de départ, de démission, de renvoi sont prévus.

En cas de silence, il est évident que le médecin a, s'il est renvoyé *sans juste motif*, droit à une indemnité dont le montant est laissé à l'appréciation des tribunaux.— Le médecin peut-même aller plus loin et soutenir que l'année entière lui est due comme *convention à forfait*. En réalité, le résultat serait toujours à peu près le même, car: ou bien le tribunal déciderait l'exécution du forfait (mais n'accorderait pas ou que très-peu d'indemnité), ou bien le tribunal déciderait qu'il y a lieu à indemnité et il la fixerait à une somme équivalente ou à peu près au montant du forfait.

III

A propos des certificats administratifs.

Monsieur le Directeur,

Il y a environ *trois ans*, alors que j'exerçais à Pont-Sainte-Maxence, un de mes clients, facteur des postes, me demanda un certificat de maladie que je m'empressai de lui donner. Mais l'Administration n'ayant point considéré ledit certificat comme valable, vu que je n'étais point *assermenté*, je voulus bien, pour être agréable à mon client, aller prêter serment par devant M. le juge de paix.

Voilà pas mal longtemps, comme vous savez, que j'ai quitté Pont. Je n'avais plus entendu parler de cette affaire et dormais la conscience bien tranquille, me connaissant beaucoup de débiteurs, mais point de créanciers, dans le beau pays de l'Oise, lorsque ce matin je reçois l'avis suivant :

«Monsieur, vous me devez pour prestation de serment, affaire Zimmermann. la somme de 4fr. 5. M Patencier, huissier, chargé de vos intérêts peut me régler, ayant les fonds.

Veuillez donc l'autoriser afin d'éviter des embarras.

Je vous salue (et la signature de l'ex-greffier).

J'attends votre réponse *par retour du courrier*. »

Et moi j'attends la réponse de votre Conseil judicaire pour savoir ce que je dois faire, non point pour la somme qui est insignifiante (bien que supérieure cependant à ce que m'a rapporté le certificat), mais pour le principe et l'instruction de nos confrères susceptibles de se trouver, un jour ou l'autre, dans le même cas.

Veuillez agréer, etc. Dr Dunogier.

IV

Médecins et compagnies d'assurances

Très honoré Directeur et cher Confrère,

Je m'associe pleinement au contenu de la lettre

de mon honorable Confrère et voisin, le Dr Désallées, de Larochefoucauld.

Et quæque ipse miserrimr vidi, nous nous sommes vus quelquefois à la même époque, dans la même entreprise.

Si vous les jugez utiles pour nos confrères, voici quelques détails sur la manière dont j'ai procédé avec l'entreprise du chemin de fer des Charentes en 1871, entreprise qui n'était pas assurée.

Il me fut proposé un abonnement de 1000 francs par an (remèdes que je devais fournir en dehors) sur un parcours d'environ 14 kilomètres.

Je refusai, voulant garder mes coudées franches.

Je consentais à faire tous les voyages à cinq francs, quelle que fut la distance au delà de cinq kilomètres, médicaments et opérations graves, ce qui fut accepté et je m'en suis fort bien trouvé.

Quant aux visites faites aux femmes, enfants, tout à peu près a été perdu, parce que je n'ai pas présenté mes notes dans la huitaine.

Autre avis très-important,

Que le Confrère n'accepte jamais un bon de visite antidaté par l'entreprise, afin que les clameurs et peut-être les coups ne pleuvent sur lui. Je ne sais trop ce qui me serait arrivé au milieu d'une vingtaine d'ouvriers si j'eusse accepté le premier bon andidaté qui me fut remis; et par le fait ces gens n'avaient pas tort, car ils croyaient que le retard venait de moi; je montrai le bon portant la date du jour même, et ce fut l'entreprise qui fut victime de l'orage..... mais de loin!

Veuillez agréer, etc. Dr Compagnon

V

Le stage médical

Muni de son diplôme, le jeune docteur se morfond en attendant les clients et surtout les honoraires, s'il n'a pas été assez heureux pour être patronné, ou assez avisé pour s'installer dans un centre de clientèle obligée. Souvent le nerf de la.... lutte fait défaut.— Il connaît peu ou prou les affections hospitalières; il ignore absolument les autres, souvent dissimulées au début. Les rapports avec ses nouveaux malades nécessiteront des études assez laborieuses et quelques déboires. Supposons que les confrères seront charmants pour lui..... Malgré le meilleur concours de circonstances, l'assistance et les conseils d'un vieux praticien lui seraient souvent très utiles. — En revanche, il transmettrait à ce dernier les idées et les pratiques médicales nouvelles, l'aiderait dans sa besogne, lui procurerait quelques loisirs, le suppléerait au besoin, surtout vers la fin de son stage. Le stage ne serait pas obligatoire et sa durée serait facultative ainsi que sa rémunération, Les syndicats surveilleraient cette institution. En quittant le patron, le stagiaire ne pourrait lui nuire dans sa clientèle.

La glèbe médicale disparaîtrait entièrement. Le remplacement l'a déjà minée. Les congrès médicaux, etc. seraient facilités. Voilà, *currente calamo,* les grandes lignes du projet qui devra compléter les études sur les meilleures modes d'Enseignement. Dr Pelous

de Castanet (Haute-Garonne.)

Nous avons invité notre correspondant à développer les divers points de ce programme, trop succinct du stage médical.

VI

Honoraires médico-légaux.

Très honoré confrère,

Je lis dans notre *Concours médieal* (n° du 21, octobre 1882) une lettre du Dr Lemarchand. Il se plaint, à juste raison, d'avoir été tarifé 1 fr. pour une déposition chez le juge d'instruction *de sa localité.* Je vais vous citer un fait plus curieux, et, comme preuve à l'appui, je vous envoie mon assignation, vous verrez, que grand et généreux, je n'ai pas voulu même toucher mes vingt sous. Je vous engage à collectionner tous ces titres et plus tard nous pourrons penser à former un musée.

Le myriamètre est l'unité de mesure de la justice dans ces cas, non pas le myriamètre parcouru, mais la distance du domicile du médecin à l'endroit où on le demande comme expert.

Pourquoi? Mystère insondable!!!

Or, mon chef-lieu de canton est distant de mon immeuble de neuf kilomètres (moins d'un myriamètre, n'est-ce pas?) Alors cela ne compte pas, c'est comme si j'habitais au chef-lieu. Le dit chef-lieu, par un pays montagneux, n'est accessible qu'après une heure et demie de voiture; total trois heures pour le chemin; une heure chez le juge de paix; en somme quatre heures pour un franc, c'est-à-dire cinq sous par heure !.... Pas de commentaires!!! Remarquez bien que je n étais témoin de rien, que j'étais appelé comme expert, parce que je soignais une femme qui avait reçu un coup de couteau de « *son homme.* »

J'ai bien promis, à partir de ce jour, que, quoi qu'il arrive, je ne répondrais plus à pareille citation et j'engage tous mes confrères à en faire autant: j'ai tenu parole, les réquisitions de maires, de gendarmes etc., me laissent froid (à moins de flagrant délit); je refuse et je n'entends plus parler de rien.

Salutations confraternelles. Dr Lécuyer

VARIETES

ON DEMANDE UN MÉDECIN... (1)

Or donc, un beau matin, Henri Durand, pour la première fois de sa vie, se réveilla médecin; docteur en

(1) Un article sur ce sujet m'avait été demandé, il y a quelques mois par un confrère. Diverses circonstances en ont retardé la publication. Que mon confrère veuille bien m'excuser et recevoir mes remerciements pour le canevas qu'il m'a fourni (si toutefois ce numéro lui tombe sous les yeux).

médecine! D. M. P. Oui, docteur! Revêtu de la robe, son bonnet carré d'une main, son mémoire de l'autre, il venait de subir la dernière épreuve; un larbin à la chaîne d'argent avait, de sa voix la plus solennelle, proclamé sa réception, *coram populo*; la Faculté l'avait jugé digne d'entrer dans le *docto corpore*. Il se souvenait de tout cela. D'ailleurs, n'avait-il point là, sur une petite table qui lui servait de bureau, la preuve matérielle, palpable, tangible de sa métamorphose! cette thèse! ce stock de thèses!!! ce monceau de thèses!!! tout fraîchement emmaillottées dans leurs couvertures bleues!

Accoudé sur les quelques plumes qui lui servaient d'oreiller, il les regardait amoureusement, ces thèses! se livrant *in petto* à une foule de réflexions. Docteur, si disait-il, docteur! oui, je le suis. Il ne me manque plus rien, plus rien... que des malades. Où les prendre? Si j'osais, je tenterais mon chef-lieu d'arrondissement. Il est charmant mon chef-lieu! bien situé, fort commerçant, une jolie société; de plus, je serai médecin de ville, le grand médecin! Notre talent, notre science étant pour le vulgaire en raison directe du chiffre de la population de notre résidence. Seulement j'aurais à lutter: *primo* contre le docteur *Patati* qui voit la moitié de la commune; *secundo* contre les docteurs *Patata* et *Patato* qui voient l'autre moitié; *tertio*, et brochant sur le tout, *Pataté* et *Patater* dont la spécialité consiste à soigner les malades d'occasion, ou à donner, dans la pharmacie voisine, les premiers soins aux maladroits que renversent les voitures, aux malheureux qui tombent des toits ou tout simplement de leur hauteur sur l'asphalte des trottoirs; métier peu lucratif et ne rapportant guère autre chose qu'une annonce de trois lignes dans le journal de la localité. Mon village? Mon village? on y meurt de faim, les indigènes y payant leur médecin (quand ils le paient) un peu moins que le vétérinaire.

Il en était là de ces réflexions lorsque la Fortune lui apparut sous les traits peu olympiens du facteur qui lui remit un numéro du *Bistouri*, journal hebdomadaire des intérêts médicaux (prix de l'abonnement 10 fr.): Il ouvrit la première page et lut une série d'offres plus alléchantes les unes que les autres. Vingt, trente localités au moins demandaient à cor et à cri un jeune docteur; vingt ou trente localités lui jetaient une clientèle à travers jambes, avec des émoluments! des honoraires!! des avantages!!! c'était renversant. Nouvel Artaxercès, il n'avait qu'à se baisser pour ramasser, non pas un casque comme Alexandre en offrait un à son médecin qui n'en ayant faire le refuse carrément, mais des malades à foison.

Sauvé, mon Dieu?

Si Henri ne le dit point, il le pensa; s'il ne tomba point à genoux, c'est qu'il était au lit et qu'il lui en coûtait d'en sortir.

Hélas! l'heure des déceptions sonna bien vite. Durand prit des informations, non-seulement au journal, mais auprès des personnes intéressées et surtout auprès de celles qui ne l'étaient pas. Il visita même plusieurs postes et put bientôt réduire à leur plus simple expression les avantages mirifiques qu'on lui promettait. La réalité i apparut sous la forme suivante:

No 1. *On demande un médecin dans une commune de deux mille âmes. Belle position.* Traduction. Le maire de la dite commune, furieux contre le Dr X... qui l'a roulé aux élections du conseil général, ne serait pas fâché de susciter un concurrent pour se venger de la défaite que lui, maire, vient d'éprouver.

No 2. *La commune de Z. qui possédait jadis trois médecins, se trouve réduite à un seul, très âgé, qui ne veut plus exercer.*

Traduction. La commune est dépourvue, c'est vrai; le vieux praticien n'exerce plus guère, le moins possible, d'accord; seulement, à l'arrivée d'un confrère, vous le verrez à l'œuvre; rien ne lui coûtera; il fera de la médecine au rabais, gratis même, jouera des pieds et des mains pour reconquérir sa clientèle qui, enchantée d'ailleurs d'être soignée pour l'amour de Dieu, se hâtera de revenir... *Experto crede Roberto*

No 3. *Belle position médicale à prendre à B. Magnifique habitation avec étang, parc, etc.*

Traduction. Poste ridicule. Mais voilà, M. Y. (celui qui paye l'annonce) est atteint de rhumatismes; il est à 6 kilomètres du plus proche médecin; il en préférerait un dans la localité même. De plus, il ne serait pas fâché de passer son immeuble avec la grenouillère intitulée: étang et son mauvais pré défini: parc, à n'importe qui. Comme les indigènes qui connaissent les immeubles n'en veulent pas, il compte sur un étranger qui n'y connaîtra rien. Double bénéfice.

No 4. *Position avantageuse; source minérale d'un grand avenir.*

Traduction. Propriétaire qui voudrait bien se débarrasser à bon compte d'une petite source ferro-gazeuse pour laquelle il a fait des frais non couverts, par une exploitation insignifiante d'une eau minérale plus insignifiante encore comme volume et comme vertu médicale!

No 5. *La commune de L. demande un médecin. Position avantageuse.*

Traduction. Le docteur qui s'y trouve a le tort d'exiger des honoraires convenables. Trois épiciers du crû, furieux d'avoir reçu et payé leurs notes, demandent un jeune confrère plus coulant et faisant payer peu et même... rien.

No 6. *Belle position à prendre. 1500 fr. de fixe.*

Traduction. La position n'est pas belle. Les 1500 fr. sont offerts par un chef d'usine qui, pour cette somme, fait soigner un personnel de trois à quatre cents ouvriers, tout en spéculant sur les drogues.

No 7. *On demande un jeune docteur.*

Traduction. On demande un mari pour la fille du notaire.

No 8. *A prendre une excellente clientèle médicale.*

Traduction. M. Potard, pharmacien, mécontent du docteur actuel par trop galéniste, demande un confrère qui bourre ses malades de remèdes.

P. S. Henri Durand cherche toujours une position!

Dr A. Barry.
Médecin consultant à Royat.

COURRIER

Monsieur le Rédacteur,

Messieurs Ch. Lassègue et S. Duplay, dans les Archives de médecine qu'ils publient, traitent des

kystes parovariques, et comme j'ai eu le bonheur d'opérer un kyste de cette nature, je vous en envoie l'observation que vous pourrez publier, si vous le jugez utile.

J'emprunterai d'abord quelques mots d'historique aux archives de médecine, sur ces sortes de kystes ainsi que sur leur pathogénie et leur traitement.

« Parmi ces tumeurs enkystées du bassin et de l'abdomen, disent MM. Lassègue et Duplay, il est une variété qui a été longtemps confondue avec les kystes de l'ovaire proprements dits, et qui en diffèrent totalement, soit au point de vue de la pathogénie et des caractères anatomiques, soit surtout au point de vue du pronostic et du traitement.

« Il est parfaitement démontré aujourd'hui que ces kystes du ligament large sont des kystes par rétention ayant pris naissance dans l'intérieur des canalicules de Rosenmuller. Ils peuvent être rangés dans deux catégories, les petits et les gros kystes, et leur forme est toujours globuleuse. Un autre caractère presque constant de ces tumeurs, c'est leur unilocularité. Il existe pourtant à cet égard un très petit nombre d'exceptions.

« On ne saurait donc nier absolument la multilocularité possible des kystes du ligament large, mais elle est, je le répète, une exception de la plus extrême rareté, et s'expliquerait d'une façon assez plausible par la dénégation kystique de deux ou plusieurs conduits de Rosenmuller. En pareil cas, on le conçoit, au lieu d'une seule ponction, il en faudrait autant comme il y a de poches pour amener la guérison.

Le volume des kystes parovariques est fort variable. Leur contenance moyenne est de sept à neuf litres de liquide, mais elle peut devenir beaucoup plus considérable.

« Le plus souvent la tumeur est privée de pédicule. Celui-ci, lorsqu'il existe, est habituellement fort large, et constitué par le ligament lui-même. Mais dans l'immense majorité des cas, il s'agit de kystes sessiles plus ou moins volumineux, développés entre les feuillets des ligaments larges, et présentant des rapports variables avec l'ovaire, la trompe et l'utérus.

« Si, dans la grande majorité des cas, le liquide kystique est incolore, il existe cependant un certain nombre de faits, dont j'ai pour ma part observé deux exemples, dans lesquels le liquide présente une coloration plns ou moins marquée, allant du jaune au rouge brun et provenant d'une certaine quantité de sang. »

Ces préliminaires posés, j'arrive maintenant au cas dont j'ai été moi-même l'heureux observateur,

Le 8 mai 1882, je fus appelé au village de X; à l'effet de donner mes soins à mademoiselle*** qui, au dire de sa mère, ne pouvait plus marcher, tellement elle était *gonflée*, (sic).

Je procédai alors à un examen minutieux, et constatai qu'il n'y avait pas de grossesse.

Mademoiselle*** a vingt ans, elle a toujours eu une bonne santé sans être pour cela d'une constitution robuste. Son travail consiste à être toujours assise et penchée sur son métier (1). Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de dix-huit ans, et ce n'est que depuis qu'elle a commencé à grossir, dans le courant de février 1882, qu'elle a vu ses règles se supprimer.

L'état général a peu souffert, je constate seulement un léger amaigrissement. Le ventre est arrondi, tout à fait tendu et présente de la matité du côté gauche. La fluctuation est assez difficile à percevoir. Les membres inférieurs ne présentent aucune trace d'œdème.

A l'examen stéthoscopique, je ne trouve rien d'anormal du côté des poumons, ni du côté du cœur.

Au toucher rectal, rien d'anormal non plus.

Au toucher vaginal, je constate que l'utérus a subi un léger déplacement; le col est notablement remonté en avant, le corps étant porté vers la concavité sacrée.

Devant cet ensemble de symptômes, je crus avoir affaire à un kyste parovarique et je proposai à la famille de ponctionner cette jeune fille, ce qui fut accepté.

Je pratiquai donc la ponction du côté gauche, et j'en retirai seize litres d'un liquide transparent et olivâtre.

Je conseillai quelques jours de repos à la jeune fille, et lui prescrivis un traitement reconstituant.

Depuis, je vis à différentes reprises, ma jeune malade qui me manifesta chaque fois sa grande satisfaction d'être débarrassée de sa tumeur.

Six semaines après l'opération, ses règles réapparurent, son ventre reprit sa souplesse et ses dimensions normales, et maintenant, la jeune fille se porte on ne peut mieux. Dr GRELLOT,

à Giromagny (Haut-Rhin).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

ASSOCIATION GÉNÉRALE ET SYNDICATS.

Nous avons dit, dans un précédent article, qu'un certain nombre de sociétés locales avaient pris l'initiative de la création de Syndicats médicaux. La question a été examinée à la réunion de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, tenue au Puy, le 8 octobre dernier. Mais là, on s'est trouvé en présence d'opinions qui n'étaient pas précisément concordantes. M. le Secrétaire de l'Association voudrait, en effet, qu'on temporisât, qu'on attendit tout au moins la promulgation de la loi sur les syndicats, loi depuis longtemps promise et impatiemment attendue; il considère toute tentative faite actuellement comme étant prématurée.

Telle n'est point l'opinion de M. le Président Langlois; il a vu fonctionner un syndicat; il en fait même partie, et il est convaincu que cette institution peut rendre, dès

(1) Métier à faire des bas.

maintenant, de signalés services. « C'est, dit la *Loire* « *médicale* à laquelle nous empruntons l'analyse du « discours de notre honoré confrère, c'est une institu- « tion purement financière qui ne représente nullement « le côté moral de l'Association. Tout en se rattachant « au Syndicat, tout en l'encourageant, il donne aux « médecins le sage conseil de ne pas le compromettre « par des prétentions exagérées et, surtout, de ne pas se « séparer pour cela de l'Association, qui a *un but plus* « *élevé et plus noble* : l'assistance confraternelle et la « moralisation de la profession : » *Loire médicale*, page « 158. »

Telle est aussi, paraît-il, l'opinion de l'*Union médicale*. Eh bien! cette appréciation est grandement erronnée. Les syndicats ne sont point une institution financière, ou du moins ce n'est pas le seul aspect sous lequel, sous peine d'injustice, il convient de les envisager.

Sans doute, en se proposant l'assistance confraternelle et la moralisation de la profession, on poursuit un but noble et élevé, mais nous ne saurions admettre que l'Association Générale se considérât comme étant apte seule à l'atteindre.

La moralisation da la profession ne saurait, en effet, être obtenue que par l'établissement de rapports fréquents et suivis entre confrères et, à ce point de vue, les Syndicats et surtout les petits Syndicats, offrent une supériorité incontestable sur toutes les autres institutions. C'est là qu'on peut se voir souvent; c'est là, par conséquent, qu'on peut apprendre à se connaître, à s'estimer réciproquement; c'est là que viendront s'éteindre ces petites discordes et ces jalousies mesquines qui sont la plaie vive du corps médical, et en raison desquelles le public a lancé contre nous tant de railleries, tant de sarcasmes.

Quant à l'Assistance confraternelle, il appartient aussi aux Syndicats de prétendre l'exercer en développant, chez tous les membres qui en font partie, les sentiments de solidarité sans lesquels une association quelconque ne saurait subsister. Sans doute, ils n'aspirent point, ils n'aspireront jamais à se substituer à l'Association générale, tant que cette dernière se renfermera dans le rôle que lui assignent ses statuts. Société de secours mutuels, elle sait adoucir les misères qu'elle trouve, hélas! trop souvent l'occasion de secourir chez ceux de ses membres qu'atteignent des infirmités ou des malheurs immérités, — ou bien encore chez ces autres qui, vaincus dans la lutte pour l'existence, se sont trouvés dans l'impossibilité de mettre leurs vieux jours à l'abri de la misère. Les Syndicats contribueront à rendre plus rares les occasions que rencontrera l'Association d'accomplir son œuvre charitable; partant de là, dans le cas où elle devra intervenir, son action pourra être plus efficace.

Avec l'Association et parallèlement à elle, les Syndicats veulent améliorer le sort du médecin, non pas seulement pour l'avenir mais aussi, mais surtout pour le présent. Ils veulent l'aider dans ses combats de chaque jour, et le soutenir dans ses légitimes revendications. Leur action s'exercera donc à tout instant: c'est la force *in actu*. L'Association viendra à son secours si, plus tard, l'énergie vient à lui manqner pour continuer la lutte et le préservera, s'il le faut, des étreintes de la misère : C'est la force *in posse*.

Comme conséquence pour ainsi dire forcée de cette distinction, qui est dans la nature même des deux institutions, il résulte que l'Association n'a pas de limites géographiques. Son action peut s'étendre partout, sur toute la surface du territoire. Le Syndicat, au contraire, pour être réellement efficace, doit réunir dans son sein les médecins qui ont un intérêt immédiat commun, ceux qui peuvent, qui doivent souvent se voir, se concerter, afin d'arrêter les mesures qui pourront être les plus avantageuses pour tous, tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral.

Mais il ne s'ensuit pas que le Syndicat doive forcément se limiter à un arrondissement, ni que plusieurs Syndicats ne puissent bien se réunir, se concerter pour donner, par l'autorité du nombre, une plus grande valeur, un plus grand poids à leurs revendications collectives.

Le but de l'Association ne saurait donc être considéré ni comme plus élevé, ni comme plus noble que celui des Syndicats. Il n'est pas, il ne peut pas être le même. Mais dans les deux cas, il s'agit également des intérêts moraux et matériels du corps médical : voilà ce qui rapproche ces deux institutions qui doivent vivre à côté l'une de l'autre, sans se gêner, sans se contrarier. Non-seulement elles ne s'excluent pas l'une l'autre, mais elles paraissent, au contraire, devoir se prêter un mutuel appui pour le plus grand avantage de tous.

Si les deux Associations doivent, en définitive, concourir à l'amélioration du sort de leurs membres, leur but actuel, immédiat, ne peut pas être le même, avons-nous dit. Que peut, en effet, l'Association générale pour soutenir le praticien contre les envahissements toujours plus audacieux de sa trop ingrate carrière? — Dans quelques circonstances, il est vrai, elle a pu prendre en main les intérêts de ses membres et arriver à des résultats satisfaisants. Mais nous ferons remarquer qu'il s'est agi le plus souvent, dans ces cas de faits isolés et absolument individuels, et nullement d'intérêts collectifs. Nous avons déjà fait connaître ce qui s'est passé lors de la création de l'Association de Seine-et-Oise; on a vu que l'autorité, — une autorité jalouse, — enjoignit aux fondateurs de cette société de rayer certains articles où il était question des intérêts généraux du corps médical et de rester purement *Société de secours mutuels*.

Je sais bien que d'aucuns prétendront qu'il s'agit d'un fait isolé et, qu'en réalité, l'Asociation est parfaitement reçue à discuter et à faire prévaloir les interêts du corps médical. Eh bien! C'est une erreur, et je le prouve:

Une Révélation.

Depuis un certain nombre d'années, on a vu se créer un peu partout, des Sociétés de secours mutuels. Ce n'est pas nous qui blâmerons l'esprit qui a présidé, en principe, à la formation de ces Sociétés. Œuvres de solidarité sociale, elles groupent, en vue de la bienfaisance, des forces vives que l'union rend puissantes et que l'isolement eut laissées stériles : à ce point de vue elles méritent toutes nos sympathies. En les organisant, on a demandé aux médecins de s'intéresser à ces institutions philanthropiques, et, comme on savait que, lorsqu'il s'agit de charité, le médecin est toujours prêt à se laisser entraîner, il n'est pas de sacrifice qu'on n'ait sollicité de lui. Il en est résulté qu'on l'a rémunéré le moins possible, et que c'est réellement à ses dépens qu'un certain nombre de Sociétés ont fonctionné.

Ce n'est pas tout. Des hommes qui, par leur position de fortune, auraient dû rester simplement les bienfaiteurs

de ces sociétés, ont eu l'imprudence de devenir des membres participants. Pour quelques-uns, ce fût un moyen facile d'obtenir une certaine popularité; pour le plus grand nombre, ce fut une spéculation qui n'est autre chose que l'exploitation du médecin.

Cet état de choses, dont tout le monde souffrait, fut il y a quelque temps, dénoncé au corps médical par M. le Dr SURMAY, et notre confrère entreprit en même temps une campagne en règle pour détruire cet abus. Les Sociétés locales furent saisies, par l'Association générale, de l'étude des moyens qu'il pouvait convenir de mettre en œuvre dans cette circonstance. Certes, c'était bien une question qui intéressait, au plus haut point, le corps médical. Il semblait qu'une solution fût proche; puis tout à coup le silence se fit.

. . . .

Savez-vous ce qui est arrivé?

Un fragment de lettre de M. le Dr Surmay que je trouve dans le *Scapel* journal de médecine qui se publie à Liége (Belgique), va nous édifier complètement. « Quant « à ma campagne relative aux rapports entre médecins « et sociétés de secours-mutuels, dit notre honorable « confrère, elle est terminée, du moins pour le moment; « mais vous ne devineriez jamais comment: Je vais « vous le dire tout de suite, sans vous le donner en « mille. Le Gouvernement ayant eu connaissance de mes « deux brochures et de l'accueil qui avait été fait à ma « proposition, est intervenu. Le ministre de l'Intérieur a « *officiellement* avisé la Société locale de Saint-Quentin « et l'Association générale des médecins de France, que « la question des rapports entre les médecins et les so- « ciétés de secours mutuels était en dehors de l'Assis- « tance mutuelle *qui est l'unique objet de nos associa- « tions* et que celles-ci n'avaient plus désormais à « s'en occuper. » (*Le Scapel*, 24 septembre 1882, n° 13, page 88).

Ce qui précède peut se passer de tout commentaire. Que nos confrères en fassent donc leur profit et et surtout qu'ils se pénètrent de cette vérité: que les Syndicats leur procureront des avantages qu'aucune autre institution ne saurait leur donner. Dans un prochain article, nous nous proposons de démontrer que, non seulement le moment est venu d'agir, mais encore qu'il y a urgence à ne pas perdre un instant.

Dr Ad. BARAT-DULAURIER.
Ex-interne des hopitaux de Paris.
Secrétaire de la Commission des Syndicats.

II

SYNDICAT DES VALLÉES DE L'AISNE ET DE LA VELSES,

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer la création d'un syndicat médical des vallées de l'Aisne et de la Velses (entre Soissons et Reims). Nous sommes déjà huit confrères et il est certain que nous aurons le double avant la fin de l'année.

Ce sont: Dulieu (de Longueval), Ancelet (de Vailly), Braccoud (de Vailly), Lécuyer (de Beaurieux), Parmentier (de Corbeny), Wimy (de Braisne), Godart (de Fismes), Claudet (de Fismes).

Le Bureau a été ainsi constitué:

DULIEU, *Président*. — ANCELET, *Vice président*, — LÉCUYER, *Sécrétaire-trésorier*.

La première réunion a eu lieu le 30 octobre à Braisne, siège social, et on a décidé de se réunir à Fismes le 29 novembre après avoir fait appel aux confrères de la région. — Les réunions auront lieu ensuite tous les trois mois dans une des localités des confrères syndiqués. — Nul doute que ces réunions périodiques n'amènent un heurenx accord entre les médecins de la contrée et n'influe heureusement sur leur bien-être.

Agréez, etc. Dr LÉCUYER.

NOUVELLES

Une commission de médecins, pharmaciens et vétérinaires de Belgique ouvre, sous les auspices de la *Fédération médicale Belge*, une souscription en vue d'offrir un objet d'art, à M. le Dr FESTRAETS, directeur du *Scalpel*, pour le remercier des services qu'il a rendus depuis trente-cinq ans au corps médical. Le prix de la souscription est de 3 francs (6 francs, banquet compris). S'adresser à M. V. Sondron, Comptable de la Caisse des Pensions du Corps Médical belge, 50 rue du Collège Ixelles-Bruxelles.

NECROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr MASUREL, membre du *Concours médical*, ancien chirurgien militaire; chirurgien honoraire des Hospices de Lille; médecin de l'Institut départemental des Sourdes-Muettes et Aveugles; membre de la Société de Médecine du département du Nord; membre de la Société des Sciences; membre correspondant de la Société Royale des Sciences de Bruxelles, etc., etc.;

BIBLIOGRAPHIE

La *Doctrine physiologique moderne. Programme des travaux du Docteur Mourgue* (du Gard). Paris, A. Parent, Davy successeur, 31, rue Monsieur-Le-Prince.

Etude sur la dépression du crâne pendant la seconde enfance par le Dr Fr. GUERMONPIEZ. Paris, Asselin, place de l'Ecole de Mdéecine.

Des épaississements de la membrane du tympan, par le Dr P. HERMET. Paris, typ. Malteste, rue Dussoubs 22.

Action du Muguet (*Convallaria Maïalis*), sur le cœur et les reins, par le Dr Henri DESPLATS, Librairie Baillière, 19 rue Hautefeuille.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

16 Décembre 1882 4me Année. — No 50

SOMMAIRE

BULLETIN

M. le secrétaire perpétuel lit à l'Académie, au nom de *M. Barthez*, une note sur le traitement de la fièvre typhoïde, chez les enfants, par le sulfate de quinine à haute dose : cette dose est de 1 gr. 20 c. pour les enfants de huit à quinze ans; on la donne dans 80 grammes d'infusion de café noir en quatre fois, et on la répète pendant trois ou quatre jours. Cette médication, dit l'auteur, ne convient que dans les formes méningitiques de la fièvre typhoïde, alors que le diagnostic entre cette dernière affection et la méningite peut paraître douteux.

M. Bouchardat reprend le discours qu'il avait commencé dans la précédente séance. C'est toujours à *l'encombrement des non acclimatés* qu'il attribue l'accroissement, à Paris, du nombre des cas de fièvre typhoïde. Si pendant longtemps, ajoute-t-il, la contagion de la fièvre typhoïde n'a pas été admise par les médecins de Paris, tandis qu'elle l'était par les médecins qui pratiquaient dans les campagnes, M. Bouchardat l'attribue à ce que, dans Paris, le ferment morbide trouve des acclimatés en nombre beaucoup plus considérable que les non acclimatés, tandis que, dans les campagnes isolées, le terrain est, pour ainsi dire, vierge de tout ferment morbide. C'est parce qu'ils sont acclimatés que les médecins et les élèves en médecine, les sœurs, les surveillantes et les infirmières ne fournissent ordinairement qu'un faible contingent aux épidémies de fièvre typhoïde. — Nous demanderons à M. Bouchardat si c'est aussi parce qu'ils sont *acclimatés à la maladie* que les malades en traitement dans un service ne prennent que rarement la fièvre typhoïde, alors qu'ils sont entourés de typhiques; ou bien serait-ce parce que les malades sont tenus très proprement et se trouvent dans des conditions hygiéniques relativement bonnes au point de vue de l'aération et de l'alimentation. On sait que, dans les campagnes, il n'y a généralement point de fosses d'aisances et que les paysans ont l'habitude de vider les déjections dans les trous à fumier qui deviennent ainsi des foyers d'infection . Est-ce de cette sorte de contagion que veut parler M. Bouchardat? — Pour l'orateur, c'est dans les six premiers mois de leur arrivée à Paris que les non-acclimatés sont atteints : c'est donc vers la fin de l'été que la maladie doit surtout frapper les ouvriers qui arrivent en grand nombre au printemps; or on sait que c'est là ce qui se passe à Paris.

De ces considérations étiologiques, M. Bouchardat déduit la nécessité de l'acclimatement pour ceux qui doivent vivre dans les grands centres, et la nécessité de la dispersion pour les non acclimatés, quand survient une épidémie.

Le Conseil académique a discuté, dans sa dernière séance, sur la suppression ou le maintien du baccalauréat ès-sciences restreint exigé, aujourd'hui, des jeunes gens qui veulent entrer dans une Faculté de médecine. On se demandait si le baccalauréat ès-lettres, dont le programme a été si développé du côté scientifique, ne pourrait pas

suffire. En répondant aux justes observations que M. le Dr Chevandier avait cru devoir lui adresser au sujet des études médicales, à propos de la discussion du budget, M. le ministre de l'instruction publique avait annoncé cette suppression comme probable. Les représentants de la Faculté de médecine de Paris n'ont point pensé qu'il en pût être ainsi, et le Conseil académique leur a donné raison en votant le maintien de ce baccalauréat. Il a émis, en outre, un vœu en faveur de la révision de l'organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie pour les mettre mieux en mesure de répondre aux privilèges qu'elles possèdent et à la mission qui leur est dévolue.

Puis est venue la question des pharmaciens de seconde classe, dont le nombre croissant partout, sauf dans les campagnes auxquelles ils étaient destinés, menace de faire disparaître les pharmaciens de première classe dont les études sont autrement longues et difficiles. Pour rétablir un peu l'équilibre, le Conseil académique a demandé que les candidats à la seconde classe, au lieu d'avoir à fournir, comme aujourd'hui, le simple certificat de grammaire, eussent à présenter l'un des baccalauréats.

Une autre question était soumise au Conseil académique, touchant la création d'un nouveau grade en médecine: le doctorat ès-sciences médicales, exigible de ceux qui se destinent à l'enseignement médical. Après avoir entendu les fortes objections de la Faculté de médecine de Paris contre cette création, au moins dan s la forme où elle se présente actuellement, le Conseil a émis un avis défavorable qui, sans repousser toute réforme, tend à provoquer de nouvelles études sur cette question. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE Dr ARMAND RIZAT.

(*Suite*)

J'arrive enfin à la dernière classification, c'est-à-dire à la plus récente, celle du Dr Hillairet qui vient d'être enlevé si inopinément à la science, au moment où il mettait la dernière main à un « Traité des maladies de la peau, » résumé de toute une vie d'études et de dévouement. Le Dr Hillairet établit onze divisions pour les « maladies de la peau. » Chacune de ces divisions se divise en classes et chaque classe en ordres comme suit:

1re Division. — Dermatoses inflammatoires.

PREMIÈRE CLASSE Dermatoses congestives ou inflammatoires communes (produites par des causes variées), catarrhales ou parenchymateuses.
1er Ordre. — Dermatoses érythémateuses: *Erythèmes, Roséoles, Urticaire, Erysipèle.*
2o Dermatoses vésiculeuses.: *Eczéma, Herpès Miliaire.*
3o Dermatoses bulleuses: *Hydroa, Pemphigus, Rupia.*
4o Dermatoses pustuleuses: *Ecthyma, Impetigo,*
5o Dermatoses papuleuses: *Lichen, Prurigo, Strofulus.*
6o Dermatoses squameuses: *Pityriasis, Psoriasis.*
7o Dermatoses phlegmoneuses: *Furoncle Anthrax, Bouton d'Alep, de Biskra, Gangrènes inflammatoires.*

DEUXIÈME CLASSE. Dermatoses congestivses et inflammatoires (catharrales) virulentes et contagieuses.
1er Ordre. — Exanthèmes: *Rougeole, Scarlatine, Variole.*
2o Morve, farcin.
3o Charbon.
4o Syphilides.

TROISIÈME CLASSE. Dertamoses inflammatoires interstitielles, propres ou ne résultant que d'une cause unique, spéciale, mais non spécifique, non contagieuses.
Scrofulides. — *Lupus, Gommes scrofuleuses.*

2me Division. — Dermatoses lépreuses.

3me Division. — Dermatoses ischémiques.
1er Ordre. — Anémies cutanées.
2o Asphyxie des extrémités et gangrène.

4me Division. — Dermatoses adénoïdes, maladies des poils et des ongles.
a. — Maladies des glandes sébacées.
b. — Maladies des glandes sudoripares.
c. — Maladies des poils.
d. — Maladies des ongles.

5me Division. — Dermatoses dyschromateuses, (altérations de coloration).
1er Ordre. — Hématiques.
2o Pigmentaires,
3o Pathologiques: *Ictère, Cachexie.*
4o Toxiques: Saturnine. *Par l'ingestion du nitrate d'argent.*

6me Division. — Dermatoses vasculaires.
1er Ordre. — Vasculaires sanguines.
2o Vasculaires lympathiques.

7me Division. — Dermatoses hypertrophiques.
1er Ordre. — Hyperepidermoses: *Ichthyoses Kératoses.*
2o Hyperdermoses: *Papillome. Molluscum.*
3o Hyperdermoses complexes (derme et tissu conjonctif sous-dermique): *Elephantiasis.*

8me Division. — Dermatoses atrophiques: Peau sénile.

9me Division. — Dermatoses néoplasiques.
Bénignes: *Rhinosclerôme, Kéloïde, Xanthelasma*
Malignes: *Sarcomes, Fibro-sarcomes, Chondromes, Carcinome, Cancroïde.*

10me Division. — Névroses cutanées.
1re Classe. — Hyperesthésie.
2o Anesthésie.
3o Trophonévroses: *Sclérodermie, Aïnhum,*

11me Division. Dermatoses parasitaires.
1re Classe. — Parasites végétaux.
2o Parasites animaux.

Maintenant que les trois classifications nous sont connues, je vais montrer les différences qui existent entre elles sur les points principaux; sans entrer dans les débats.

En les comparant entre elles, on voit que la

classification d'Hillairet se rapproche de celle de Bulkley : l'une et l'autre sont établies d'après la séméiologie et la forme des maladies cutanées ; celle d'Auspitz est faite surtout au point de vue anatomo-pathologique. C'est la lésion observée au microscope qui sert de base au groupement des maladies; en outre, la dénomination tantôt grecque, tantôt gréco-latine par laquelle le professeur de Vienne désigne chaque maladie, indique non-seulement la nature de la lésion, mais encore l'élément de la peau aux dépens duquel s'accomplit l'évolution de la dermatose. Ainsi, par exemple, prenons la septième classe : les *Epidermidoses*. 3e série *Onychoses*. 2e famille *Paronychoses* : lésion *onychogryphosis* : la dénomination générique *épidermidose* indique une affection de l'épiderme, le mot *onychose* une lésion de l'ongle et *onychogryphosis* une courbure de l'ongle. De même l'*onycholysis* une chute de l'ongle. Ce procédé de classification est évidemment très scientifique, mais au point de vue pratique, la classification d'Hillairet et celle de Bulkley sont bien préférables, la classification d'Auspitz nécessite pour ainsi dire, à chaque mot l'emploi du dictionnaire. D'ailleurs, je le répète, ces critiques n'enlèvent rien au mérite de la classification d'Auspitz.

Examinons les différences qui existent dans le groupement des maladies. Prenons une dermatose commune, le *zona* par exemple. Nous avons déjà vu que Bulkley le plaçait au nombre des névroses de la peau. J'ai également montré que cette éruption, n'étant que symptomatique, ne devait être classée que d'après sa forme. Aussi est-ce avec juste raison que Hillairet place le zona dans l'ordre des *dermatoses vésiculeuses*, et dans la première classe *dermatoses congestives produites par des causes variées*. Auspitz en fait une *dermatose névrotique*, c'est-à-dire une *dermatose produite par une lésion des nerfs de sensibilité*. Selon moi, il serait plus exact de dire : *dermatose névritique*, car cela indiquerait une maladie aiguë, à durée courte, tandis que le mot *névrotique* indique un état morbide chronique et à durée très longue.

De même pour *l'urticaire*. Placé par Bulkley et Hillairet dans les affections inflammatoires érythémateuses de cause interne ou externe; Auspitz la divise en deux groupes, l'un qu'il place dans les angionévroses toxiques, classe des dermatoses caractérisées par une altération du tonus vasculaire; et l'autre dans les dermatoses neuritiques par contracture des vaisseaux.

Le *lichen* également, Hillairet et Bulkley le placent dans les affections papuleuses ; Auspitz dans les épidermidoses, famille des parakératoses (affection de la couche cornée).

Quant aux Syphilides, Bulkley et Hillairet les rangent au nombre des dermatoses congestives et inflammatoires virulentes et contagieuses, à côté de la rougeole, de la variole et de la scarlatine; tandis qu'Auspitz les place dans les *chorioblastoses*. — D'un autre côté, Bulkley n'indique que le nom de la maladie : *Syphilis*, sans donner aucun des caractères des manifestations cutanées produites par cette affection. Hillairet et Auspitz, au contraire, donnent les différentes formes de *syphilides*, seulement ils ne les placent pas dans la même classe ; mais Hillairet, en classant la syphilis parmi les maladies virulentes et contagieuses, est plus exact qu'Auspitz qui la range à côté de la scrofule, de la lèpre, du lupus, c'est-à-dire, non pas d'après la nature de la maladie, mais d'après l'évolution anatomo-pathologique des manifestations cutanées.

Quelque parfaites que soient ces classifications, elles seront un jour plus ou moins modifiées au fur et à mesure que de nouvelles découvertes cliniques ou microscopiques viendront éclairer la pathogénie des dermatoses : et telle maladie de la peau qui est rangée au nombre des maladies parasitaires sera classée parmi les maladies d'origine nerveuse; j'en donnerai des exemples dans le chapitre suivant.

II

Etiologie. — Pathogénie.

Une « maladie de la peau » quelconque ne reconnaît jamais d'autre origine qu'une des causes suivantes :

1° Un état constitutionnel congénital : Scrofule, tuberculose, arthritisme.

2° Un état constitutionnel acquis : Syphilis (1).

3° Des parasites.

4° Le cancer.

Laissant de côté, pour le moment, les maladies parasitaires, nous allons examiner la pathogénie et l'étiologie des autres maladies de la peau causées par la tuberculose, la scrofule, et l'arthritisme.

Les maladies cutanées engendrées par la scrofule et la tuberculose sont dues à un mauvais état général, d'ailleurs l'une et l'autre tendent de plus en plus à n'être considérées que comme un seul et même état diathésique. Reste alors à examiner la cause des maladies de la peau dont sont atteints les individus chez lesquels on ne peut invoquer ni la scrofule, ni la tuberculose, ni la syphilis.

Pendant longtemps, on a invoqué pour ces dermatoses, la diathèse *dartreuse*, puis celle-ci ne satisfaisant pas pour expliquer les causes de certaines affections cutanées, on a remplacé la diathèse dartreuse, par l'*herpétisme* qui compte encore aujourd'hui de nombreux partisans. Aujourd'hui, enfin, c'est l'*arthristisme* qui endosse la responsabilité de toute dermatose survenant lentement ou brusquement sans cause connue. L'*arthritisme* (d'*arthritis*, goutte ou rhumatisme) primitivement limité aux inflammations articulaires goutteuses ou rhumatismales a, par extension, été appliqué comme constitution étiologique aux dermatoses, et à certaines affections viscérales,

(1) Les manifestations de la syphilis congénitale étant les mêmes que celles de la syphilis acquise, je n'en fais qu'une seule classe.

céphalalgie, hémoptysie, hématémèse, cysto-uréthrite, troubles gastro-intestinaux. En un mot l'arthritisme est un puissant élément de diagnostic pour donner un nom à un état pathologique mal déterminé : il rend, en ce sens, de très grands services.

Examinons un peu si ces trois grands états pathologiques : tuberculose, scrofule, arthristisme ne seraient pas sous la dépendance immédiate d'une altération du système nerveux.

Pour le moment, bornons-nous à l'arthritisme et voyons si nous pouvons invoquer, pour expliquer ces douleurs céphaliques, gastro-intestinales et articulaires, autre chose qu'une altération ou, sans aller aussi loin, qu'une irritation du systéme nerveux.

Je prends par exemple un eczémateux souffrant de temps à autre de migraines : ce malade vous dira que les migraines le prennent chaque fois que l'éruption eczémateuse tend à disparaître.

Proposez-lui de guérir son eczéma : il ne manquera pas de vous objecter : « Pourvu quc cela ne fasse pas augmenter mes migraines. » Ce sont des faits journaliers ; et c'est une idée très répandue, parmi les gens du monde, qu'une médication dirigée contre une dermatose fait reparaître ou provoque une affection interne. Il y a là évidemment de l'exagération ; mais il n'en est pas moins vrai que, souvent, on a été obligé de rappeler par une médication spéciale, des éruptions cutanées en présence d'accidents congestifs menaçants, qui s'étaient produits à la suite de la suppression brusque d'une maladie de la peau. Personne n'ignore les dangers que l'on fait courir à un malade atteint d'urticaire, quand on a l'imprudence de lui faire prendre un bain pour calmer les démangeaisons. Tous ces faits indiquent évidemment la relation qui existe entre le système cutané et les organes internes par l'intermédiaire du système nerveux.

On a dit et on dit encore : « *Sanguis moderator nervorum,* » je crois que l'on peut renverser complètement les termes de cet aphorisme et dire : « *Nervi sanguinis moderatores* » le système nerveux modérateur du système circulatoire, et surtout par l'intermédiaire des nerfs de Claude Bernard : les vaso-moteurs. Aussi est-ce dans l'altération des nerfs de la peau que l'on trouvera l'explication de la pathogénie des dermatoses non parasitaires. Et comme les nerfs cutanés ne sont que les filets terminaux du système nerveux central, c'est à ce dernier que l'on peut faire remonter l'origine de toutes les dermatoses, et partant de l'arthritisme. Et comme preuves, je citerai l'impuissance de la thérapeutique dirigée seulement contre la lésion cutanée, si on ne lui adjoint pas en même temps la médication générale. Par exemple, l'eczéma, le prurigo, et dans une autre catégorie les éruptions bulleuses dues à la cachexie et la syphilis.

La relation qui existe entre certaines maladies de la peau et le système nerveux avait fait l'objet d'une communication du professeur Charcot, en 1859. Depuis les travaux de Weir Michell et Morehouse en Amérique, et ceux du professeur Vulpian, de Léo Testut, sont venus apporter de nouelles preuves cliniques et c'est de ce côté de la pathologie, c'est-à-dire du côté du système nerveux et de son anatomie pathologique que l'on trouvera, un jour, l'étiologie de toutes les maladies de la peau.

Dans cet ordre d'idées, je ne saurai trop recommander la lecture du remarquable travail du Dr. Leloir ; on trouvera dans cette monographie non seulement des faits de maladies de la peau causées par une maladie du système nerveux, mais encore la description avec planches, des léssions terminales des nerfs au niveau des manifestations de la dermatose (1).

La physiologie pathologique expérimentale comparée, nous fournit d'ailleurs des preuves évidentes des troubles trophiques qui surviennent sur la peau, quand on pratique des lésions sur le système nerveux central ou sur les nerfs périphériques. Quand par exemple on coupe le nerf grand sciatique à un cochon d'Inde, on voit survenir d'abord l'abolition des mouvements du membre correspondant, ensuite sur la plante du pied des ulcérations qui tiennent à l'abolition de la nutrition de la peau par suite de la paralysie des vaso-moteurs, et tant d'autres expériences faites par les professeurs Vulpian, Brown-Séquard, Claude Bernard.

Mais pour ne parler que des dermatoses proprement dites et pour montrer l'influence qu'exerce le système nerveux sur la pathogénie des maladies de la peau, je citerai le *psoriasis*, affection caractérisée par une desquamation de l'épiderme sous formes de petites écailles fines, nacrées, extrêmement abondantes, et qui se reforment sous les yeux au fur et à mesure qu'on les gratte avec l'ongle. Si l'on interroge le malade sur l'origine et le début de la dermatose, on apprend que, dans un très grand nombre de cas, le *psoriasis* a débuté à la suite d'une vive impression morale, ou bien à la suite de l'émotion causée par une chute à l'eau, ou d'un lieu élevé, une grande frayeur, etc., (2) toutes causes qui exercent une action évidente sur le système nerveux central, et de là s'irradie aux filets terminaux et dans les vaso-moteurs, provoquant ainsi un trouble dans la nutrition de l'épiderme. En sorte que dans cette catégorie de cas : le psoriasis — maladie de la peau — n'est en réalité qu'une *dermatose symptômatique* d'une irritation nerveuse.

Quant aux autres faits de psoriasis où l'on ne trouve pas de cause déterminante accidentelle, les malades qui en sont atteints, présentent toujours quelques troubles articulaires ; ou ont des migraines, ou bien ont eu une fièvre grave, fièvre typhoïde, présentent quelque bizarrerie dans le caractère, dans le tempérament ; ont, en un mot, *quelque chose* du côté du système nerveux.

Passons à *l'urticaire*. Cette éruption érythémato-papuleuse est souvent consécutive à un trouble digestif ou à l'ingestion d'aliments épicés, acides, ou même ne présentant par eux-mêmes aucun caractère qui puisse les rapprocher de ces

(1) Henri Leloir : *Recherches sur aff. cut. d'origine nerveuse*, (Paris 1882).

(2) Voir Thèse de Meyer : *Inf. des émo. mor. sur le développ. des aff. cutanées.*

deux classes. Ainsi on l'observe, après avoir mangé du poisson, des coquillages, de la charcuterie, certains fruits : les fraises, les groseilles. Et dans cette énumération tous ces aliments ne provoquent pas l'urticaire chez la même personne. Tel individu peut impunément manger du poisson, tandis que les fraises lui donneront certainement de l'urticaire. Chez un autre l'effet sera contraire. Tel autre pourra manger tout espèce de poissons sauf un seul, et c'est tantôt la sole, tantôt la morue, les harengs. Je connais une personne qui ne peut pas manger de sole, sans avoir aussitôt une poussée d'urticaire; tous les autres poissons lui sont inoffensifs. Hillairet cite dans son « Traité des maladies de la peau » trois cas d'urticaire à la suite d'ingestion d'œufs frais.

A côté de ces causes, on voit l'urticaire survenir à la suite de coliques hépatiques, de kystes hydatiques, de fracture (je connais un fait de fracture chez une femme de soixante ans, suivie peu de jours après d'une éruption d'urticaire).

Ainsi voilà une maladie de la peau, qui reconnaît pour cause l'ingestion de certains aliments, une affection interne (coliques hépatiques, kystes du foie) et le traumatisme: est-ce que ce n'est pas la preuve évidente qu'il n'y a qu'un seul et même facteur, c'est-à-dire une irritation nerveuse superficielle ou profonde, qui va, se transmettant à l'axe encéphalo-médullaire, provoquer une impression qui se communiquera ensuite, par irradiation, aux vaso-moteurs de la peau par l'intermédiaire du système ganglionnaire. Aussi Auspitz, place-t-il, avec raison, l'urticaire dans deux groupes : d'abord dans la classe des dermatoses angio-névrotiques — famille des angio-névroses toxiques de la peau (exanthèmes médicamenteux, j'ajouterai et *alimentaires*) : en second lieu, dans les dermatoses neuritiques avec prédominance de la contracture des vaisseaux (œdèmes neuritiques de la peau). Cette dénomination ayant le mérite de donner le caractère de l'éruption et son étiologie; car, la plaque de l'urticaire « est une congestion papillaire suivie d'exsudation séreuse et d'un véritable œdème de la papille, dont la résorption est très facile, ce qui explique la fugacité de l'éruption » (Hillairet). Ce dernier range l'urticaire dans la première division, première classe : Dermatoses congestives ou inflammations communes (produites par des causes variées), catarrhales ou parenchymateuses. Premier ordre : Dermatose érythémateuse — genre urticaire; et comprenant des espèces classées d'après leur origine étiologique, soit de cause interne, soit de cause externe.

Pour citer d'autres faits qui montreront l'influence qu'exerce une irritation du système nerveux dans l'étiologie d'une dermatose quelconque, j'emprunterai des observations au remarquable travail du Dr Léo Testut : « De la symétrie dans les affections de la peau. » Tout d'abord, le cas observé par Weir Michell : d'un soldat qui, blessé d'une balle au côté droit du cou, est frappé de paralysie motrice dans le bras; la motilité reparaît ainsi que la sensibilité, sauf dans le trajet du nerf cubital. Quinze jours plus tard, la paume de la main devient le siège d'un érythème.

Le même auteur cite le fait d'un médecin qui reçut une balle sur le trajet du radial et consécutivement fut atteint d'érythème à la face postérieure des bras et de la main.

Une ataxique, de la Salpêtrière, voyait au niveau des points ou siégeaient les douleurs fulgurantes, survenir d'énormes plaques d'urticaire.

Sur un jeune homme de vingt ans, atteint de myélite chronique, M. Testut a vu survenir sur « le trajet du petit sciatique, une dizaine de plaques rouges qui se couvrirent, dès le lendemain, de vésicules et de pustules. Six jours après la face postérieure de la cuisse droite, jusque là indemne, se couvrit également de plaques érythémateuses qui évoluèrent comme les précédentes. »

Quant aux éruptions vésiculeuse, *herpès* et *zona*, leur origine nerveuse est tellement évidente qu'elle n'est plus contestée. Que l'on prenne un zona abdominal, ou thoracique, on verra toujours, en remontant à l'origine, qu'il y a eu des troubles gastriques, ou broncho-pulmonaires, de la fatigue musculaire. J'ai vu une jeune femme nourrissant un enfant fort et vigoureux, par conséquent très lourd, atteinte d'un zona de toute l'épaule gauche, côté où elle portait habituellement son enfant. Les faits observés de zona ophtalmique, dans lesquels on a pu faire l'autopsie, démontrent que l'éruption était consécutive à une névrite des rameaux nerveux de la région : ophtalmique ou nerfs ciliaires : et la lésion occupait toujours le ganglion de Gasser daus son tiers interne, point d'émergence de la branche ophthalmique du trijumeau.

Puisque je parle du zona, j'appellerai encore l'attention des lecteurs sur la thèse du Dr Testut qui a démontré que le caractère d'unilatéralité du zona ne doit plus être tenu en ligne de compte, car l'auteur cite plusieurs faits de *zona double,* observés sur toutes les branches nerveuses du corps. Ainsi, par exemple, M. Testut a observé un zona bilatéral et symétrique du thorax à la partie postérieure et de chaque côté de la colonne vertébrale; un zona auriculaire symétrique, un herpès labialis symétrique, situé de chaque côté des commissures, un herpès des deux paupières chez une femme récemment accouchée; un zona symétrique développé sur la région dorsale des pieds, une semblable éruption sur la face dorsale des mains et des avant-bras. (Léo Testut. *Symétrie des affections de la peau.* Pages 74 et suiv.).

A côté de ces faits d'éruptions cutanées symptomatiques d'une irritation nerveuse traumatique ou parasitaire, peuvent se placer les maladies de la peau causées par l'imagination : Par exemple conduisez, sans rien dire, une personne étrangère à la médecine au lit d'un malade atteint de la gale, et brusquement dites-lui : « Ce malade a la gale, » immanquablement vous verrez cette personne se gratter la tête, le corps, les mains, pour des démangeaisons imaginaires; et pour peu que la peau soit trop sensible, l'irritation causée par le grattage amènera peu de temps après une éruption soit de prurigo, soit d'eczéma, sans que l'on puisse invoquer d'autre cause que l'impression produite sur le système nerveux par la crainte de contracter une maladie parasitaire. (*A suivre*).

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic de la méningite tuberculeuse.

I

« La diagnostic de la méningite tuberculeuse est tantôt d'une simplicité élémentaire, tantôt d'une désespérante complexité. » Ainsi s'expriment MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave, et nous nous rallions pleinement à leur manière de penser, à la condition d'envisager la première alternative comme applicable à la dernière période d la maladie, et la seconde, au début. Or, c'est précisément dans le moment où l'incertitude est extrême qu'il importerait surtout de pouvoir se faire une opinion, tant au point de vue du pronostic que de la thérapeutique.

Le pronostic, en effet, découle ici de l'énoncé du diagnostic, et, quand le mot fatal de méningite est tombé de la bouche du médecin, il est presque inutile que celui-ci ajoute aucun commentaire sur la marche et l'issue de la maladie. « Son nom seul, à l'égal du croup, fait frissonner toutes les mères: aux unes il rappelle le souvenir douloureux des enfants que ce mal cruel leur a ravis; chez les autres, il éveille des craintes et des alarmes pour l'existence de ceux qui leur sont les plus chers. »

On peut diviser les médecins en deux catégories au point de vue du diagnostic de la méningite tuberculeuse : ceux qui se hâtent trop de plonger les parents dans la consternation, en affirmant la diagnostic et, par conséquent, le pronostic avant d'en avoir vraiment en main tous les éléments, — ceux qui tardent peut-être trop à laisser entrevoir la vérité et qui attendent pour laisser tomber le mot fatal que tout l'entourage l'ait prononcé avant eux-mêmes.

A ne considérer que les avantages ou les inconvénients qui souvent peuvent résulter de ces deux manières de procéder, relativement à la réputation du médecin, la première peut permettre sans doute à celui-ci de s'attribuer, et de bonne foi, si l'issue de la maladie vient à être favorable, tout l'honneur d'une cure, qui n'est alors le plus souvent qu'une erreur de diagnostic.

La seconde expose assurément le praticien à s'entendre accuser d'avoir méconnu la maladie à une période où elle eût pu être curable, — la famille du moins le croit.

Au point de vue de l'humanité et de l'intérêt du malade, la première est assurément la pire; car il est d'expérience que tout malade condamné ne reçoit plus de soins aussi attentifs et aussi minutieux que lorsqu'il reste quelque lueur d'espoir; ou bien les parents, en présence du verdict qui est comme l'aveu d'impuissance de la scence officielle, n'ayant plus rien à ménager, vont expérimenter, à tort et à travers, sur l'infortuné patient tous les remèdes empiriques et les pratiques étranges dont ils pourront entendre parler.

Nous ne saurions donc approuver les médecins qui croient pouvoir dégager d'une manière un peu trop prématurée leur responsabilité, en prononçant qn'il y a méningite confirmée, lorsqu'il n'existe encore qu'une grande somme de probabilités.

Quels sont les signes qui peuvent, dans l'état actuel de nos connaissances, permettre de poser ce diagnostic si gros de conséquences? Quelles sont les maladies qui doivent être prises en considération au point de vue du diagnostic différentiel? Voilà ce que nous nous proposons d'examiner.

Que la méningite puisse être divisée, relativement à sa marche, en deux ou en trois périodes, cela n'est pas d'un intérêt très-grand. — Ce qu'il importe de déterminer, c'est l'importance relative des nombreux symptômes qui constituent le tableau clinique.

Nous devons donc commencer par en faire une revue rapide.

II

La plupart des auteurs qui ont été en situation d'observer des méningites tuberculeuses autre part que dans les hôpitaux, sont d'accord sur l'existence presque constante d'un *état maladif*, d'une durée variable, qu'on peut appeler *prémonitoire*, si on l'envisage rétrospectivement, alors que la maladie s'est confirmée, mais dont les traits sont tout à faits insuffisants pour qu'il soit permis d'alarmer dès ce moment la famille. Cet état maladif comprend l'amaigrissement des membres, l'expression de souffrance langoureuse du visage, l'appétit diminué et capricieux, les changements de l'intelligence et du caractère.

Ces derniers troubles ne sont appréciables qu'à partir d'un certain âge déjà; l'enfant, qui était gai et turbulent, comme il convient à ses pareils dans l'état de santé, devient triste, nonchalant, fuit les jeux, repousse les caresses; dans d'autres moments et par un contraste frappant, pris d'une sensibilité insolite, il se jette dans les bras maternels pour fondre en larmes presque sans motifs.

Les enfants, qui déjà fréquentent l'école ou la pension, deviennent paresseux, cessent de faire des progrès, et se sentent incapables des moindres efforts de mémoire.

Pendant cette période, toute de nuances délicates, habituellement méconnue, les bons observateurs ont prouvé qu'il existe une sorte de fébricule continue rémittente appréciable, surtout vers la fin de la journée et dans la soirée, heure à laquelle les mains, la tête deviennent chaudes, et le pouls s'accélère.

Mais tous ces détails échappent en général à la famille, jusqu'au jour où un symptôme plus frappant, plus gros, si je puis m'exprimer ainsi, attire son attention et amène le médecin au chevet de l'enfant.

(1) Dict. de Méd. et de Chir pratiques, 1876.

Tantôt ce sont des *troubles marqués du sommeil* (agitation, plaintes ou grincements de dents), tantôt par la céphalalgie; tantôt les vomissements.

Cette CÉPHALALGIE est d'une intensité variable, s'exaspère par instants, disparaît presque par intervalles; depuis le petit enfant, qui porte fréquemment la main à son front ou à sa nuque ou se frappe la tête contre son oreiller avec une expression de souffrance sur le visage, jusqu'à l'enfant grandet qui s'écrie d'un ton plaintif: « Oh! ma tête! oh que j'ai mal! » on peut observer bien des nuances.

Les VOMISSEMENTS présentent, comme on sait, dans beaucoup de cas, des caractères spéciaux qui leur ont valu la désignation de vomissements cérébraux; ils sont *fréquents*, s'accomplissent *sans effort*, pendant plusieurs jours, *comme par régurgitation*, surtout si le malade se dresse ou s'assied sur son lit; ils ne s'accompagnent pas d'une anorexie complète et d'une langue saburrale, large et collante, comme dans l'embarras gastrique, ou blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords, comme dans la fièvre typhoïde.

La CONSTIPATION est la règle, elle est généralement opiniâtre, résistant à d'énergiques purgatifs; elle peut manquer pourtant. La forme du ventre, indifférente au début, devient souvent, plus tard, excavée en bateau.

La peau et les sens sont le siége d'une sensibilité exagérée; l'HYPERESTHÉSIE *cutanée* explique la répugnance que témoignent les enfants pour tous les attouchements du médecin et même de leur mère; l'hyperesthésie *sensorielle* de la *rétine* se traduit par le clignement des paupières et le froncement des sourcils, la contraction énergique des pupilles en face de la lumière; celle de *l'ouïe* par les soubresauts à propos du moindre bruit, d'une porte qui se ferme, d'un objet qui tombe, d'une parole trop haute.

Mais quelle importance accorder à tous ces symptômes au point de vue du diagnostic? Dans combien d'états ne peuvent-ils pas se trouver, avec ou sans fièvre! — Nous parlions à l'instant de la fièvre typhoïde et de l'embarras gastrique. Il faut aussi quelquefois songer à l'exagération ou à la simulation. Nons avons vu cette année un jeune garçon, névropathe et paresseux, qui, en partie pour ne pas aller au collége, en partie pour intriguer la famille et les médecins, vomissait assez souvent et prétendait surtout vomir constamment tous les aliments; mais, malgré la prolongation de cet état nauséeux pendant des semaines, il ne pâlissait ni ne maigrissait. — Il faut se souvenir aussi de cette petite hystérique en herbe, qui, était jalouse d'un petit frère récemment né, et dont la mère s'occupait trop à son détriment, trouvait-elle. Ayant d'ailleurs entendu raconter certains symptômes de la méningite, elle s'avisa d'accuser une céphalalgie épouvantable, l'horreur du bruit et de la lumière, le dégoût des aliments, jusqu'au moment où la fermeté d'un médecin perspicace mit fin à cette comédie.

Dès le début de la méningite tuberculeuse il existe de la fièvre, appréciable par l'accélération du pouls et l'élévation de la température. Le pouls est plus rapide qu'à l'état normal, il bat de 110 à 120 fois par minute, mais il est régulier. La température peut s'élever jusqu'à 40°.

III

Parmi les symptômes qui sont classiquement considérés comme liés à la méningite, rappelons les CRIS aigus, stridents, que Coindet a dénommés *hydrencéphaliques*. « Le plus ordinairement, disait Trousseau, c'est un cri unique, violent, ressemblant à la clameur d'un individu surpris par un grand danger. » D'après un auteur qui a fait récemment d'intéressantes recherches sur certains symptômes de la méningite tuberculeuse, M. Dreyfous, ce cri, tel que le caractérise Trousseau, serait une rareté; le cri méningitique serait plutôt un soupir plantif (Coindet), une criaillerie traînante, (Rilliet et Barthez), une sorte de gémissement prolongé, analogue à celui que font entendre les animaux à qui l'on a enlevé les hémisphères cérébraux en respectant la protubérance.

Les PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS consistent en alternatives de rougeur et de pâleur subite de certains points de la peau, du visage surtout; on peut les provoquer en traçant, comme le faisait Trousseau, la *raie méningitique* avec le bout du doigt sur la peau du ventre. Mais ce symptôme s'observe également dans d'autres maladies qui déterminent l'adynamie du système nerveux, la fièvre typhoïde par exemple.

Le *strabisme*, la *diplopie* sont des symptômes importants, en ce sens qu'ils indiquent une affection cérébrale, sans être nécessairement liés à celle qui nous occupe. Ces deux signes peuvent apparaître soit dès le début, soit à la dernière période; précoces, on les attribue en général à la contracture; tardifs, à la paralysie de certains muscles de l'œil.

M. Bouchut a attaché une grande valeur à *l'examen ophthalmoscopique* qui permettrait, suivant l'inventeur de la cérébroscopie, d'affirmer le diagnostic d'après la constatation d'une congestion des veines rétiniennes, d'une névro-rétinite ou de tubercules de la choroïde. Mais nous approuvons M. Archambault, (2) lorsqu'il dit que les investigations de cette nature demandent une grande habitude, une étude spéciale sans laquelle les résultats qu'elles fournissent ne méritent aucune confiance.

Les *pupilles*, généralement contractées au début, peuvent l'être inégalement, si les lésions du centre d'innervation sont prédominantes d'un côté de l'encéphale; à la fin de la maladie, elles sont dilatées, l'iris subissant l'état paralytique de tous les muscles de l'économie. D'autres signes ont été remarqués par les auteurs: ainsi M. Archambault insiste sur une oscillation de la pupille sous l'influence d'une lumière vive, le diaphragme irien

(1) Thèse. Paris. 1879.
(2) Dict. Encycl. des Sciences Méd. 1873.

présentant une série de contractions suivies de dilatations alternatives jusqu'à ce que ce dernier mouvement l'emporte et ramène l'orifice à son diamètre primitif.

D'après M. Parrot(1), on verrait constamment, dans la méningite tuberculeuse, pendant la période de coma, si on vient à pincer la peau d'un point quelconque du corps, se produire un élargissement momentané de la pupille.

Mais, en exposant tous ces symptômes, il est difficile de ne pas rompre l'ordre dans lequel ils se présentent, d'autant plus que l'époque de leur apparition varie très souvent. Nous voulions surtout arriver à cette conclusion que, parmi tant de signes en apparence caractéristiques, nous n'en avons pas rencontré encore qui puissent être vraiment considérés comme pathognomoniques et nous permettre d'affirmer le diagnostic, but auquel tendent nos investigations.

Nous possédons jusqu'ici des arguments en faveur de la probabilité, non de la certitude.

IV

Mais voici deux faits d'une importanee capitale.

Le POULS qui jusqu'alors avait été fréquent, c'est-à-dire au dessus de 100, se *ralentit*, tombe au niveau de la moyenne physiologique et souvent beaucoup au dessous. Il offrait déjà, avant de se ralentir, quelques traces d'*irrégularité* et d'*inégalité* qui vont en s'accentuant : on observe, de plus, de véritables *intermittences*. « Les pulsations, dit Dance, sont séparées les unes des autres par un intervalle de repos, quelquefois tellement long qu'on attend avec une sorte d'impatience le renouvellement des battements artériels, comme si la circulation était sur le point de se suspendre. » Ce pouls ralenti peut être parfois en même temps d'une ampleur exagérée qui fait vibrer l'artère sous le doigt comme une corde de basse (Rilliet et Barthez).

La diminution du nombre des pulsations, s'accompagne presque toujours d'un *abaissement de température* d'un degré et demi (Roger).

Simultanément, la RESPIRATION présente des modifications analogues à celles de la circulation. Les *inspirations* sont *rares* (elles peuvent tomber à douze par minute); elles sont *irrégulières*. De temps à autre une inspiration profonde, suspirieuse, plaintive se produit; elle est suivie d'une pause si longue que les malades semblent avoir oublié de respirer et que l'observateur attend avec anxiété le moment où se fera une nouvelle prise d'air, puis viennent quelques inspirations plus rapprochées suivies d'un nouveau soupir (Archambault).

On ne saurait attacher trop de prix, au point de vue du diagnostic à la constatation de ces deux faits qui sont aujourd'hui considérés par les principaux médecins d'enfants comme les seuls sur lesquels on puisse vraiment se fier; — nous l'entendions récemment dire à notre maître M. J. Simon.

LE RALENTISSEMENT, L'IRRÉGULARITÉ ET L'INTERMITTENCE DU POULS ET DE LA RESPIRATION *sont, nous le répétons, les pivots du diagnostic*.

Ce syndrôme apparaît, en général, dans la seconde période ; il vient clore la période dite d'excitation, dans laquelle avec les symptômes nombreux énumérés plus haut, on en peut constater d'autres, tels que convulsions, grincements de dents, délire, extrême agitation, suivant la forme de la maladie et la localisation des lésions.

N'omettons pas de rappeler qu'on peut assez souvent assister à des *temps d'arrêt* dans l'évolution de la maladie, à des poussées successives très capables de tromper, par leur rétrocession, et la famille et le médecin, de manière à constituer une période qu'on a appelée celle des espérances déçues : on a pu voir l'enfant, qui ne reconnaissait plus personne et restait indifférent à toute excitation, sortir comme d'un rêve, demander à boire et à manger, causer avec ses parents, *se lever même...* Mais tous les auteurs sont unanimes à prémunir les jeunes praticiens contre la tendance naturelle qu'on éprouve en pareil cas à chanter trop tôt victoire; lorsqu'on a constaté les deux ordres de signes sur lesquels nous venons d'insister, quand même l'absence de fièvre, la connaissance réveillée de l'enfant paraîtrait encourager les plus vives espérances, il convient de modérer la joie de la famille, afin de lui épargner une trop cruelle chute du haut de ses illusions écroulées.

Car bientôt l'acalmie va faire place à la reprise de la fièvre et des symptômes nerveux graves.

V

Nous n'insisterons pas sur la dernière période. Elle présente beaucoup moins d'intérêt au point de vue du diagnostic, qui n'est plus, dès lors, hésitant.

La *température s'élève* de nouveau progressivement à 40° ou 41°, parallèlement au *pouls* qui *s'accélère* jusqu'à devenir incomptable. La *respiration* devient aussi *plus fréquente*, sans jamais l'être autant que le pouls comparativement.

Le malade tombe dans *l'assoupissement*, cet assoupissement devient graduellement du COMA, et est interrompu parfois par des convulsions.

Mais ce qui caractérise essentiellement cette période, c'est la production de PARALYSIES *tantôt passagères, tantôt permanentes*, d'une très grande irrégularité dans leur siége, leur intensité et leur durée. MM. Rendu (1) et Landouzy (2) en ont fait une étude pleine d'intérêt dans ces dernières années; nous savons qu'elles sont sous la dépendance de petits foyers de ramollissement causés par des oblitérations vasculaires. Tantôt c'est l'*hémiplégie* qu'on observe, tantôt la para-

(1) Revue de Médecine, octobre 1882.

(1) Thèse de Paris, 1873.
(2) Thèse, 1876.

lysie des deux membres d'un même côté sans que la face soit intéressée ; *tantôt un seul membre* est frappé, le supérieur à l'exclusion de l'inférieur.

La *paralysie incomplète* de la troisième paire des nerfs crâniens détemne la dilatation de la pupille avec ou sans strabisme externe et prolapsus de la paupière supérieure. On voit parfois de la *rétention d'urine*.

Enfin, *l'agonie* approche, si lente parfois et si désespérante. « La face est violacée ou d'une pâleur livide, inondée de sueur ; la conjonctive oculaire injectée, sécrète en surabondance un mucus épais, qui voile la cornée et s'accumule dans le grand angle de l'œil ; la respiration devient stertoreuse et le malade meurt asphyxié, ou dans une convulsion ultime. » (Archambault).

Nous dirons quelques mots des recherches entreprises par M. Dreyfous (1) sur les ATTITUDES propres à quelques méningitiques, qui lui paraissent dépendre d'une excitation de certains points spéciaux de l'encéphale.

La rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux s'observe fréquemment ; puis trois autres attitudes générales peuvent exister. L'attitude *en chien de fusil*, corps plié, cuisses fléchies sur l'abdomen se rapporterait à la lésion d'un des pédoncules cérébelleux. Dans *l'attitude cérébelleuse*, le malade repose sur le dos, les jambes et les pieds étendus, l'avant-bras fortement fléchi sur le bras, le poignet étant aussi dans la flexion, la paume de la main regardant la face antérieure de l'avant-bras.

Dans *l'attitude protubérantielle*, liée à l'excitation du pont de Varol, les membres inférieurs sont dans l'extension, écartés à angle obtus ; les membres supérieurs sont élevés verticalement de chaque côté de la tête, dans une direction parallèle à l'axe du corps, la paume de la main tournée en haut, dans la position d'un gymnasiarque suspendu à un trapèze ; d'autres fois, le bras est perpendiculaire à l'axe du corps ; dans un cas, les bras étaient enroulés au-dessus de la tête.

(*A suivre*) PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LOI ROUSSEL

A

Monsieur le directeur,

Notre sympathique confrère, le docteur Bibard, nous demande notre avis au sujet de la circulaire ministérielle du mois d'Août 1881 relative à la protection des enfants du premier âge. Veuillez me permettre de vous soumettre ma manière de voir.

Je me suis laissé dire par l'inspecteur des Enfants-assistés de Seine-et-Marne, que l'on avait à peu près résolu la question de la façon suivante dans notre département :

1° L'on paierait au médecin inspecteur une visite par mois au prix habituel des visites dans la commune, trois francs environ, mais voici le revers de la médaille : dans cette visite, il serait censé voir tous les nourrissons soumis à son inspection dans la commune.

2° Il lui serait alloué en plus un franc par enfant visité.

3° Dans la localité qu'il habite, le médecin-inspecteur ne toucherait pas de frais de déplacement, c'est-à-dire qu'il n'aurait que un franc par enfant visité.

Cette manière de procéder me paraît vicieuse à plus d'un point de vue.

Tout en pensant à notre intérêt, il est je crois de notre devoir de prêter la main à l'administration pour un service que tout le monde s'accorde à reconnaître indispensable et dont, plus que personne, nous connaissons l'utilité. Mais croyez-vous que c'est en faisant une seule visite par mois dans une commune que nous pouvons exercer une surveillance efficace sur des nourrices qui, se sachant pour un mois à l'abri d'une nouvelle inspection, continueront le lendemain à tenir leur biberon aussi sale que la veille, laisseront leur nourrisson croupir dans la malpropreté ou le bourreront d'aliments défectueux, etc. Vous savez au moins, aussi bien que moi, monsieur le directeur, que lorsque nous arrivons chez une nourrice sèche, elle nous dit toujours que l'enfant vient de teter et que ce n'est que par des visites répétées que nous pouvons la prendre en défaut.

Une bonne surveillance nécessite donc de nombreuses visites, faites à l'improviste et à des heures différentes ; c'est pourquoi je crois que le médecin-inspecteur doit avoir une certaine latitude, pourvu qu'il visite une fois par mois, au moins, les nourrissons confiés à sa sollicitude.

Le prix à la visite proposé par M. le ministre me semble donc préférable.

Reste à en fixer le taux.

Il me semble que le chiffre à adopter doit forcément varier, non seulement selon le département, mais encore selon la circonscription ; tel inspecteur en effet, qui ne verra que dix nourrissons, mais qui les aura disséminés dans toute sa clientèle ou au delà de son rayon habituel, prendra plus de peine qu'un autre qui en visitera soixante rassemblés dans quatre ou cinq villages de sa circonscription et touchera cependant des honoraires moindres. Le prix de deux francs par visite mensuelle sera plus rémunérateur pour le second que celui de trois francs pour le premier.

Nous devons tenir compte aussi, je crois, des ressources que le conseil général peut avoir à sa disposition, car s'il y a des départements où se trouvent peu de nourrissons, ceux qui environnent Paris, au contraire, en possèdent une énorme quan-

(1) Loco citato.

tité! Pour mon compte j'en ai une moyenne de soixante-quinze à surveiller, et je puis vous assurer que ce n'est pas une petite occupation.

Ne vous semblerait-il pas juste que le département de la Seine ou le ministère de l'intérieur fournissent la moitié de la somme qui, de ce chef, incombe aux départements ?

Dans ma circonscription, je m'estimerais heureux si l'on m'allouait deux francs par visite, ce qui me ferait toucher dix-huit cents francs environ par an.

Ce que l'Etat devrait aussi nous payer dans l'intérêt des enfants, ce sont les notes des visites, et des médicaments fournis aux nourrissons dont les parents disparaissent ou refusent d'acquitter nos honoraires parce qu'ils savent bien que nous n'irons pas les poursuivre à Paris pour une somme de vingt ou trente francs, alors, que, le plus souvent, ils doivent cinq à six mois à la nourrice. Pour moi, je perds ainsi tous les ans deux cents francs au moins.

Permettez-moi, monsieur le directeur, de profiter de cette lettre pour vous poser une question.

Il est écrit dans la loi Roussel que le carnet est gratuit. Doit-on entendre par là que nous ne devons pas faire payer le certificat que nous délivrons aux nourrices! En d'autres termes, devons-nous examiner au microscope le lait de la nourrice, la visiter pour nous assurer qu'elle n'est atteinte d'aucune maladie contagieuse, nous exposer à une demande de dommages intérêts si le nourrisson vient à en contracter une, etc., etc., et cela gratuitement.

Messieurs les secrétaires de Mairie, fâchés de voir qu'on n'a pas augmenté leurs appointements malgré le surcroît de travail que leur occasionne cette loi, sont les premiers à persuader aux nourrices qu'elles ne doivent aucune rétribution au médecin. Je connais même un maire qui a dit aux nourrices de sa commune d'aller demander leur certificat à un autre médecin, si le médecin-inspecteur le leur faisait payer. Ce maire connaît cependant le jugement par lequel le tribunal de Melun a décidé que le médecin-inspecteur a seul le droit de délivrer des certificats dans sa commune, ce que l'on devrait, je crois, étendre à toute sa circonscription.

Si vous croyez que nous ayons le droit de demander deux francs par certificat, somme qui me paraît bien raisonnable, ne vous semblerait-il pas utile que M. le ministre adressât à ce sujet une circulaire aux préfets?

Je crois que vous intéresserez un grand nombre de vos lecteurs, en traitant cette question dans le corps de votre excellent journal.

Pour moi, je pense que toute peine mérite salaire, et que nous ne devons pas exposer gratuitement notre responsabilité!

Veuillez agréer, M. le directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments et me croire

Votre tout dévoué E. Limouzin Lamothe.

(De *Mormant*)

B

Monsieur et cher confrère,

J'ai lu avec intérêt votre communication au *Concours médical*. Je suis médecin inspecteur pour le canton de Saint-Aignan (Loir-et-Cher), à un franc par visite, (ce franc, payable au bout d'un an, ressort à 0 fr. 95.)

Je fais mille huit cents kilomètres pour huit cents à huit cent quarante visites annuelles, en vertu de la loi Roussel. Chaque visite me fait donc parcourir environ trois kilomètres.

J'estime que votre prix proposé de trois francs par visite est infiniment près de la vérité et de la justice, tout en redoutant l'impression qu'il produira dans les bureaux.

Merci, et de cœur avec vous pour le relèvement professionnel.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

(*Saint-Aignan-sur-Cher*). Dr Marie,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

C

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu avec le plus grand intérêt la circulaire de M. Constans au sujet de la loi Roussel. Le docteur Bibard demande que nous lui fassions connaître nos intentions au sujet du chiffre des émoluments à réclamer, je m'empresse de lui répondre en lui expliquant ma situation qui, je le crois, est une des plus intéressées dans la cause :

Le canton dans lequel j'exerce est bordé au Nord par la forêt de Fontainebleau et se dirige en pointe entre les départements du Loiret et de Seine-et-Oise, de telle façon qu'entouré de collègues de ces deux départements, je me trouve seul dans mon canton pour remplir les fonctions d'Inspecteur des enfants et que, sur dix-huit communes au total, on n'a pu en distraire que deux au profit de mon collègue de Bourron.

Restent seize communes à inspecter. Voici leurs noms et leur distance du chef-lieu :

La Chapelle	0 kil.	Tousson	12 kil.
Boulancourt	14 —	Noisy	9 —
Froment	9 —	Le Vaudoué	6 —
Rumont	9 —	Boissy	5 —
Buthiers	12 —	Amponville.	7 —
Burcy	12 —	Larchant	5 —
Guercheville	8 —	Achères	4 —
Nanteau	13 —	Ury	4 —

Au total, en faisant la moyenne, une distance de huit kilomètres à parcourir de clocher à clocher par chaque commune et, en tenant compte des hameaux, une distance d'aller et retour de dix-huit kilomètres.

Les dix-huit kilomètres multipliés par le nombre des communes donnent uu total de deux cent-quatre-vingt-huit kilomètres à parcourir tous les

mois et de trois mille quatre cents cinquante-six tous les ans, soit soit près de dix kilomètres par jour et nécessitent chez moi la présence d'un second cheval qui me rend d'autres services, je n'en disconviens pas, mais dont la moitié de la besogne est consacrée aux enfants.

Le nombre des enfants est de trente à trente-deux, j'ai donc à toucher 360 à 384 francs, un peu plus de dix centimes par kilomètre.

Si toutes ces communes étaient englobées dans ma clientèle, on pourrait me dire que le trajet ne doit compter que sur les visites spéciales, mais ainsi que je vous l'ai dit, mon canton étant bordé par le Loiret et Seine-et-Oise, ce sont des confrères de ces départements qui exercent dans les villages les plus éloignés de moi, c'est-à-dire dans huit communes sur seize qui composent ma circonscription.

Je me crois, par conséquent, dans des conditions spéciales pour pouvoir demander à l'administration, des émoluments un peu plus élevés que si je me trouvais, ainsi que la plupart de mes confrères, n'avoir sous ma surveillance que deux ou trois communes situées dans le rayon de ma clientèle.

Je sais bien que vous pourrez me dire : n'acceptez pas ; mais comment voulez-vous que je refuse un service d'utilité publique, alors que, géographiquement et administrativement parlant, aucun confrère ne peut me soulager.

De tout mon cœur, je cèderais bon nombre de communes, mais le moyen?...

J'attendrai les évènements, je suivrai vos inspirations et lorsque l'administration me demandera mon avis, je répondrais suivant les indications que vous nous aurez tracées, convaincu qu'elles se trouveront en communauté d'idées avec la majorité de nos confrères.

Le chiffre de trois francs que lance le docteur Bibard ferait bien mon affaire et, à vrai dire, je ne volerais pas mon argent, mais l'administration qui a pris l'habitude de nous prendre pour des millionnaires, voudra-t-elle atteindre des hauteurs qu'elle connaît si peu !!!

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus confraternels.

Dr SUTILS.

RÉPONSE.

Si notre confrère Sutils veut s'en rapporter à notre appréciation, il abandonnera la surveillance des enfants placés dans des communes qui ne sont pas dans le rayon de sa clientèle. Il est toujours très onéreux de faire la guerre à ses dépens.

(*A suivre*). Dr BIBARD.

COURRIER

Hypertrophie chronique des amygdales, traitement par le galvano-cautère.

Différents auteurs ont proposé, dans un assez grand nombre de cas, de remplacer l'amygdalotomie par des cautérisations plus ou moins énergiques des amygdales. L'ablation des amygdales en effet, outre qu'elle peut quelquefois présenter certains dangers, a l'inconvénient de substituer à la muqueuse normale une large surface de tissu cicatriciel.

En 1879, dans la publication de mes cours de l'école pratique de la Faculté de Médecine, j'avais moi-même attiré l'attention sur ce sujet. Depuis cette époque, à ma clinique laryngoscopique, j'ai employé, dans trente-deux cas, le galvano-cautère comme traitement de l'hypertrophie chronique des amygdales.

La publication de ces trente-deux observations n'étant pas possible dans le cadre limité d'un journal, je me bornerai à en faire une analyse aussi détaillée que possible, en ayant soin de diviser les cas en différents groupes, qui nous permettront de juger plus facilement les résultats obtenus sur ces trente-deux sujets qui sont tous des enfants de huit à quinze ans.

1° Dans douze cas d'hypertrophie de moyenne intensité des amygdales j'ai obtenu, après une application de six pointes de galvano-cautère, le retour au volume à peu près normal dans un temps variant entre trois et six semaines.

2° Dans sept cas d'hypertrophie considérable, après deux applications, diminution du volume en six à huit semaines.

3° Dans quatre cas d'hypertrophie considérable, après trois cautérisations, diminution du volume en sept à neuf semaines.

4° Dans trois cas de moyenne intensité, après deux cautérisations à dix jours d'intervalle résolution après huit semaines.

4° Enfin, dans six cas d'intensité assez considérable, après deux et trois cautérisations, résultat incomplet ou nul.

Dans tous ces cas, je me suis servi d'un cautère fin en platine que je fais pénétrer de quatre à six millimètres dans le tissu de l'amygdale en le portant au rouge blanc. Dans les cas ordinaires je fais quatre ou cinq igni-punctures qui ne sont pas bien douloureuses, car plusieurs enfants non prévenus n'ont senti qu'une odeur de corne brûlée et n'ont éprouvé qu'une légère piqûre. La résolution commence ordinairement cinq ou six jours après la cautérisation, pendant les premiers jours on constate au contraire un léger état inflammatoire de l'amygdale.

Cette médication, présente l'avantage de conserver un organe qui a bien son importance tant pour le timbre de la voix que pour le fonctionnement de la déglutition ; de plus, la muqueuse qui la recouvre est conservée intacte sauf les petites cicatrices des piqûres ; en troisième lieu, elle n'est que peu douloureuse, et ne présente aucun des dangers qui, dans certains cas, peuvent être les conséquences de l'amygdalotomie.

En résumé, je crois qu'il sera bon de réserver l'amygdalotomie pour les cas d'hypertrophie considérable dans lesquels la résolution serait longue à obtenir par les cautérisations ; et pour tous les cas d'hypertrophie de moyenne intensité, ou encore lorsque les amygdales sont un peu

masquées entre les piliers, je crois qu'il sera préférable d'avoir recours, au contraire, au traitement par le galvano-cautère.

Dr Cadier.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT DE BAUGÉ.

Séance du 25 novembre 1882. — Présidence de M. le docteur Chevalier.

Sont présents : M. Boell, *Secrétaire-Trésorier*, Chevalier (de Beaufort) Marchand, Perrigault, Syndics, Zochowski, Coméra, Geslin, Chabert, Menut, Cathernault ;

MM. Hacque, Laumonier, Barriller ont envoyé leurs pouvoirs.

MM. Cosnard et Bellanger ont eu des empêchements.

1° Adoption du procès-verbal de la séance précédente. Lecture de la lettre de M. le Docteur Cézilly, acceptant le titre de président-honoraire.

2° Approbation des comptés du trésorier.

3° Adoption d'une proposition écrite par M. Laumônier, stipulant : que les décisions seront prises à la majorité des trois quarts des votes exprimés de vive voix ou par écrit.

4° Nomination comme membres honoraires de M. le docteur Assier, de Longué, Champneuf, médecin-major en retraite (Vernantes) Périgeon (Durtal).

5° Adoption du tarif minimum suivant :

Consultation 1 fr., Visites en ville 2 fr., Visites de nuit en ville 5 fr.

A la campagne : le double de la visite de jour.

Visites à la campagne : en moyenne 1 fr. par kilomètres, quatre à cinq kilom., 5 fr., six kilomètres, 6 fr., etc...

Accouchements simples 30 fr. Accouchements avec manœuvres obstétricales, 40 fr. Opérations de petite chirurgie (ouverture d'abcès, saignée, etc.) 1 fr. en sus. Injections hypodermique, 1 fr. en sus, examen au spéculum, catéthérisme, 5 fr. S'il est rejeté, 3 fr. Ophthalmoscopie, etc.

Réduction de hernie, ponction d'hydrocéle, d'ascite, réduction de luxation, premier appareil de fracture, 20 fr.

Consultation avec un médecin de la localité, 5 fr.

Consultation avec un confrère éloigné : le quart de ses honoraires. Certificat : 3 fr.

Ce tarif est obligatoire pour les médecins syndiqués. Pourtant il peut être modifié si un membre syndiqué exerce dans une localité avec un autre médecin non syndiqué, et n'acceptant pas ce tarif.

L'application de ce tarif sera subordonnée alors à l'appréciation d'un confrère syndiqué.

Enfin, si un médecin non syndiqué adopte des prix dérisoires, le bureau du syndicat lui écrira pour le rappeler à l'honorabilité professionnelle.

6° Adoption d'une formule uniforme de demandes d'honoraires.

7° M. Coudreuse, avoué-licencié à Baugé est nommé conseil judiciaire.

8° M. Mauquin, greffier de la justice de paix à Baugé est nommé agent de recouvrement du syndicat. Il retiendra 5 0/0 sur les sommes touchées.

9° Le syndicat décide qu'à l'avenir les médecins ne traiteront plus avec les sociétés de secours mutuels. Ces dernières rentrent dans le droit commun et le tarif minimum leur sera appliqué, seulement les situations acquises sont respectées.

10° L'assemblée discute la ligne de conduite à suivre avec les tribunaux.

Elle adopte les résolutions suivantes : I. En principe, les médecins syndiqués de l'arrondissement de Beaugé refusent de faire des expertises médico-légales. Ils ne prêteront leur concours que dans les cas de flagrant délit, prévus par l'article 475, numéro 12 du code pénal. II. Ils se déclarent solidaires des coûts et débours qui pourraient incomber par suite de condamnation de l'un ou l'autre des membres par suite du refus qu'il pourrait opposer. III. Le bureau du syndicat est chargé de faire connaître ces résolutions aux syndicats médicaux existants. Celui de Beaugé adoptera la ligne de conduite acceptée par la majorité des syndicats.

L'ordre du jour de la séance de septembre comprend : des moyens à opposer à l'exercice illégal de la médecine (religieuses, rebouteurs, pharmaciens). Mais la réunion décide que, d'ores et déjà, des poursuites auront lieu par les soins du Bureau en cas de plainte portées par un membre du syndicat.

Le secrétaire, Dr Boell.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle feuille spéciale.

Annales des maladies des organes génito-urinaires publiées sous la direction de MM. *Guyon, Lancereaux, Méhu.* — Rédacteur en chef: Dr *Delfosse*. — Paraît le 1re de chaque mois par fascicules de 50 à 60 pages. — J.-B. Baillière.

— On nous annonce le mariage de M. le Dr Périgord, membre du *Concours Médical* avec Melle Marie Parry.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décés de M. le Docteur Mercier, de *Bresles* (Oise), membre du *Concours médical.*

Nous avons connu, d'une façon assez intime, notre malheureux confrère, qui a succombé d'une façon bien prématurée, à l'age de 35 ans, à une affection due assurément aux fatigues professionnelles. Sa jeune veuve, son enfant et ses nombreux clients font une perte inappréciable.

Il nous a été donné, pour unique consolation, de pouvoir, quelque temps avant sa mort, faciliter à M. Mercier, la cession de sa clientèle à un membre du *Concours médical* et son départ pour une station hivernale. Les fatigues du voyage ont malheureusement hâté l'issue fatale.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

23 Décembre 1882 4me Année. — N° 51

SOMMAIRE

BULLETIN

Au nom de M. *Pasteur*, M. Bouley communique à l'Académie les résultats d'expériences relatives à l'inoculation du microbe du rouget ou mal rouge du porc. Quatre porcs inoculés avec le virus atténué par la culture, se sont montrés réfractaires à tous les modes de contagion. Cette découverte, dit M. Bouley, serait le pendant de la découverte du vaccin de la maladie charbonneuse.

Toujours au nom de M. Pasteur, M. Bouley fait connaître, à propos de la rage, un travail dont voici les conclusions :

1° La rage mue et la rage furieuse, plus généralement toutes les sortes de rage, procèdent du même virus.

2° Rien n'est plus varié que les symptômes rabiques; chaque cas de rage a, pour ainsi dire, les siens propres, et il y a tout lieu d'admettre que leurs caractères dépendent de la nature des points du système nerveux, encéphale et moelle épinière, où le virus se localise.

3° Dans la salive rabique, le virus se trouvant associé à des microbes divers, l'inoculation de cette salive peut donner lieu à trois genres de mort: par le microbe de la salive; par des développements exagérés de pus; par la rage.

4° Le bulbe rachidien d'une personne morte de rage, comme celui d'un animal mort de rage, est toujours virulent.

5° Le virus rabique se rencontre non seulement dans le bulbe rachidien, mais, en outre, dans tout ou partie de l'encéphale et de la moelle. Tant que la matière de l'encéphale ou de la moelle n'est pas envahie par la putréfaction, la virulence y persiste.

6° Pour développer la rage rapidement et à coup sûr, il faut recourir à l'inoculation, à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, à l'aide de la trépanation. On réalise également la suppression d'une longue durée dans l'incubation et l'apparition certaine du mal, par l'inoculation du virus pur dans le système circulatoire sanguin. Par l'emploi de ces méthodes, si favorables à l'étude expérimentale de la maladie, la rage se déclare au bout de six, huit ou dix jours.

7° Dans les cas de rage, qu'on pourrait appeler médullaires, les paralysies promptes sont nombreuses, la fureur souvent absente, les aboiements rabiques rares; par contre, les démangeaisons sont parfois effroyables. Dans les inoculations par le système sanguin, c'est la moelle épinière qui paraît être la première atteinte.

8° L'inoculation, non suivie de mort, de la salive ou du sang rabique, par injection intra-veineuse, ne préserve pas de la rage et de la mort, à la suite d'une inoculation nouvelle.

9° Les expérimentateurs ont rencontré des cas de guérison spontanée, après que les premiers symptômes rabiques seuls s'étaient développés, jamais après que les symptômes aigus étaient apparus. Ils ont rencontré également des cas de disparition des premiers symptômes, avec reprise du mal après un long intervalle de temps (deux mois); dans ces circonstances, les symptômes ai-

gus ont été suivis de mort, comme dans les cas habituels.

10° Dans une de leurs expériences sur trois chiens, inoculés en 1881, dont deux avaient pris rapidement la rage et en étaient morts, le troisième, après avoir manifesté les premiers symptômes, s'est guéri. Ce dernier chien, réinoculé en 1882, à deux reprises, par trépanation, n'a pu devenir enragé. En conséquence, la rage, quoiqu'elle ait été bénigne dans ses symptômes, n'a pas récidivé. Voilà un premier pas dans la découverte de la préservation de la rage.

11° M. Pasteur possède, en outre, quatre chiens qui ne peuvent prendre la rage, quel que soit le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la matière rabique.

L'homme ne contractant jamais la rage qu'à la suite d'une morsure par un animal enragé, il suffirait de trouver une méthode propre à s'opposer à la rage du chien pour préserver l'humanité du terrible fléau. Ce but est encore éloigné, mais, en présence des faits qui précèdent, n'est-il pas permis d'espérer que les efforts de la science actuelle l'atteindront un jour?

M. *Tillaux* lit une observation d'extirpation d'un goître kystique, occupant toute la largeur du cou et plongeant dans le médiastin. Le malade guéri a été présenté à l'Académie.

Elections.— M. *Gustave Bouchardat* est élu membre titulaire de l'Académie, dans la section de physique et chimie médicales. Dans la précédente séance, M. *Garreau* (de Lille) avait été élu membre correspondant national dans la même section.

— Les élections pour le renouvellement du Bureau de la Société d'anthropologie ont eu lieu dernièrement. Ont été élus pour 1883:

Président: M. le docteur Proust; vices-présidents: MM. les docteurs Hamy et Dureau; secrétaire général adjoint: M. Girard de Rialle; secrétaires annuels: M. le docteur Prat et M. Issaurat. Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE Dr ARMAND RIZAT.

. . . . . (*Suite*)

Etudions maintenant les éruptions cutanées causées par les parasites animaux, ce sont les seules d'ailleurs qui occasionnent du prurit. Les dermatoses parasitaires végétales passent toujours inaperçues dans le début.

Les parasites animaux que l'on a le plus fréquemment l'occasion d'observer dans nos contrées sont d'abord les *poux*, les *pédiculi du pubis*, et enfin le *sarcopte* ou *acarus* de la gale.

Lorsque les poux sont en très grand nombre, l'affection prend le nom de *phthiriase* (de *phtheirpou*). Tant qu'ils sont bornés à la tête, cette région seule est le siège de démangeaisons qui sont connues de tout le monde.

Les poux de corps, qu'il ne faut pas confondre avec les pédiculi du pubis, sont beaucoup plus gros que les poux de tête et se réfugient dans les plis des vêtements, particulièrement aux endroits où ces vêtements sont plissés par la main des ouvriers pour les adapter anx parties qu'elles doivent recouvrir, ainsi, par exemple, dans les plis nombreux qui se trouvent à l'encolure des chemises et aux points d'attache des manches, à la ceinture des caleçons. Ces poux mesurent quelquefois 2 millim. à 2 mill. 1/2 de long, et leur présence s'accompagne de démangeaisons atroces. Dans l'éruption pédiculaire il faut considérer deux sortes de lésions. La piqûre de l'animal et la lésion causée par le grattage qui n'est que la conséquence de la première. La piqûre du pou est analogue à celle des puces et des punaises, c'est-à-dire qu'elle constitue une tache rouge arrondie et au centre un point plus foncé. Cette tache est simplement causée par l'hémorrhagie capillaire provoquée par la piqûre de l'insecte. En même temps, cette piqûre, quelque légère qu'elle soit, cause de la doulenr et l'action réflexe porte le malade à se gratter. C'est le commencement. De grattage en grattage il ne tarde pas à se développer des papules de prurigo; les démangeaisons s'accentuent de plus en plus, le malade, pour y remédier, se gratte de nouveau, s'écorche la peau et, pendant tout ce temps, les poux continuent consciencieusement à mettre en pratique le précepte: « Croissez et multipliez; » si bien que lorsqu'on examine le corps du malade deux ou trois semaines après le début de l'invasion, l'on voit la peau constellée de petites taches rouges et de papules volumineuses de prurigo et, çà et là, des érosions, des balafres plus ou moins longues causées par les ongles, des croûtes etc., et pour peu que le malheureux soit dans de

— M. F. méd. à B., (Loiret). 10 décembre.

Nous regrettons de ne plus posséder le nº 50, 1880 — qui vous fait défaut. — Si nous en recevions un exemplaire, il vous serait transmis. Merci de vos bons souhaits; nous comptons sur vos actes de concours; nous nous associons de toutes façons aux réflexions si justes de votre lettre. — Nous ne perdons pas de vue la révision si désirable de la loi et, le moment venu, nous ferons appel à la bonne volonté de chacun.

— Dr B. 148. 10 décembre.

On vous transmettra les communications dès qu'il en parviendra.

— Dr C. à B. 207. Merci de l'envoi. Nous savons bien que nous pouvons compter sur vous en toutes circonstances.

— Dr M. à M., (Vendée).

Nous comprenons aisément que vous ayez égaré cette lettre dans les tristes circonstances où vous vous trouviez. Notre correspondant nous écrira de nouveau peut-être et nous réparerons, s'il y a lieu.

— M. H. à T. 1251. 11 décembre.

La sage-femme est tenue de n'exercer que dans le département pour lequel elle a reçu son diplôme. — En pratique, sur les limites de deux départements, les exigences ne peuvent être strictes.

— Dr J. à D., (Ain), 11 décembre.

Vous dites : « Il faut que nous voyons dans les médecins nos voisins, des confrères et non des concurrents, etc..., » et vous concluez à des statuts rigoureux pour les manquements aux engagements pris. Si vous avez quelques années de pratique, vous savez que prendre des engagements, même vis-à-vis de soi-même est chose facile et que les tenir avec rigueur est peu médical. Croyez-en les leçons de l'expérience : statuts très larges, sans prescriptions ni engagements dès le début. Constituez votre syndicat; ne vous occupez que des questions qui sont assurées de vous trouver unis; n'ayez pas l'ambition de rendre rigoureuses les prescriptions et les exigences d'une institution avant qu'elle n'ait rendu des services. Permettez, au début, à chaque membre du syndicat, de dire, lorsqu'il adopte des tempéraments de conduite : *que celui qui est assuré de ne jamais céder à aucune considération, même légitime, me jette la première pierre.*

On vous a fait l'envoi que que vous avez réclamé. Nous souhaitons trop votre succès pour ne pas espérer que vous saurez reconnaître le bien

fondé de nos opinions.

— Dr Desvoisins à Rabodanges, (Orne).

Le meilleur commentaire possible des avis insérés en tête du no consiste dans la reproduction des passages de votre lettre :

« Si j'avais personnellement à traiter la question *Remplacements médicaux*, je n'attendrais pas que chacun vienne soumettre, pour le remplaçant ou le remplacé, des conditions particulières, variables à l'infini. Je prendrais des conditions moyennes et je tâterais directement le corps médical. Si la question est mûre, et c'est ce que je crois, les deux séries intéressées s'inscriraient bien vite. Les inscrits d'ici au premier janvier vous donneraient de suite la mesure de ce que vous pouvez faire. Si l'épreuve était négative on attendrait encore, mais il serait à désirer que le service commençât bientôt; j'insérerais les avis suivants :

(Voir en tête de la correspondance du jour).

En effet ne sera-t-il pas pas bon, pour le médecin aisé, partant en vacances, de savoir qu'il procure à quelque pauvre martyr de la profession perdu dans nos montagnes, cette chose si rare qu'il a entrevue sans jamais l'atteindre, *quelques jours de repos* après vingt ans de travail !

Je reprends :

Il nous faut donc deux catégories de confrères; les aurons-nous? espérons que oui, du reste, en agissant comme je le le propose, nous le saurons bientôt.

Les remplaçants me paraissent devoir être recrutés : 1o parmi les jeunes gens reçus non encore décidés à s'établir définitivement ; 2o parmi les médecins qui ont une clientèle à laquelle ils tiennent médiocrement et qui ne seraient pas fâchés de changer d'air et de ma ades ; 3o parmi les confrères qui par la nature de leurs études désirent connaître divers pays et *n'ont que ce moyen là* pour atteindre leur but ; 4o enfin parmi ceux qui aiment tout simplement le changement; il en est et pas des plus mauvais, que ce goût poursuit, même après la trentaine.

Inutile je crois de songer à avoir des craintes au sujet des remplacés, ce sont les heureux de la terre, puissent-ils devenir de plus en plus nombreux. On leur demande des indemnités convenables. D'après les chiffres posés plus haut, un remplacement de trente jours coûterait aux fortunés 472 fr. 50, soit 450 fr. pour le confrère; et 22 fr. 50 pour la Caisse des remplacements gratuits.

mauvaises conditions hygiéniques ou dans l'impossibilité de se faire soigner, la privation de sommeil, le manque de nourriture l'amènent rapidement à une cachexie profonde d'où l'on a quelquefois grand'peine à le tirer. C'est dans ces cas que l'on voit survenir également des bulles de pemphigus.

La présence des pediculi du pubis (*vulgo* morpions) cause quelquefois un prurit généralisé, mais cela ne va jamais aussi loin qu'avec les poux de corps.

Ainsi j'ai vu dernièrement un malade qui vint me consulter pour un eczéma siégeant aux fesses, à la partie supérieure des cuisses et sur le tronc. Cet eczéma affectait, dans certains endroits, une forme circinée, dans d'autres on voyait des traînées irrégulières; ailleurs il formait de larges plaques variant de la dimension d'une pièce de cinq francs à celle de la largeur de la paume de la main. L'origine de toute cette éruption remontait à environ deux mois et demi ou trois mois; et elle avait été causée par des pediculi du pubis qui occasionnaient de très vives démangeaisons, sans que le malade sût au juste à quoi les attribuer. Aussi, à force de se gratter, l'irritation de la peau se propagea de proche en proche, donna lieu d'abord à du prurigo, puis à de l'eczéma qui ne tarda pas à se généraliser sur les parties moyenne et supérieure du corps.

Indépendamment de ces éruptions provoquées accidentellement et d'une façon indirecte par les poux du pubis, on observe quelquefois, avec ces insectes, une sorte de dermatose constituée par des taches dites *taches bleues*, *taches ombrées*, *taches ardoisées* et que l'on voit çà et là, sur le tronc, sur les bras. Ces macules sont causées par les parasites, c'est une véritable infection produite par le liquide des glandes salivaires de ces insectes, ainsi qu'il résulte des expériences faites par le Dr Duguet qui a pu les provoquer sur des personnes indemnes de tout parasite, en inoculant le liquide sous l'épiderme. (*Ann. de Dermat.* 1881. Page 357. et *Conc. méd.* 1881. Page 154).

Il faut dire, cependant, que toutes les personnes dont le pubis est habité par ces insectes, ne présentent pas toujours des éruptions prurigineuses ou eczémateuses, pas plus d'ailleurs que les *taches ombrées*; mais il faut tenir compte de la température: par un temps froid, les pediculi sont peu incommodants, tandis que, par la chaleur, les démangeaisons sont parfois de véritables tortures.

Quant à *l'acarus de la gale*, son siége est aux mains dans les espaces interdigitaux, aux poignets, à la verge. Il décèle sa présence par une lésion cutanée ou plutôt épidermique qui est pathognomonique: c'est le *sillon*. Le sillon constitué par le soulèvement de la couche cornée de l'épiderme, forme un petit tunnel microscopique fermé à un bout, et qui sert d'habitat à l'acarus. Ce sillon est tantôt rectiligne, tantôt recourbé en forme d'S, de cédille. Peu apparent chez les personnes qui ont les mains blanches, il devient très appréciable chez celles qui se livrent à des occupations actives, par la raison que la poussière, s'introduisant dans la cavité intra-épidermique, la colore en noir et le sillon devient facilement visible sans l'aide de la loupe. Consécutivement, on voit apparaître de petites vésicules, puis le prurit augmente, et il se forme des papules et des pustules d'ecthyma. Les papules occupent généralement la verge et le scrotum, l'ecthyma les mains, les poignets et les avant-bras, mais il faut savoir que, par suite du prurit et du grattage qu'elles occasionnent, les papules de la verge finissent par se transformer en pustules qui laissent écouler le pus et il se forme une ulcération simulant un chancre simple ou même un chancre infectant érosif.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont consécutives au prurit, et si les parasites se contentaient de se nourrir du sang sans atteindre les filets nerveux, on ne serait pas exposé aux démangeaisons. Ce qui revient à dire que la piqûre de l'insecte agit comme une piqûre d'aiguille. La douleur causée par le parasite provoque un mouvement réflexe; le malade porte la main à l'endroit douloureux et se gratte avec plus ou moins de force. Pour peu que la peau soit sensible, il ne tardera pas à se produire des papules, des excoriations, et, par la suite, des éruptions ecthymateuses.

C'est donc encore une preuve que les éruptions qui se montrent en même temps que les parasites animaux sont symptomatiques d'une irritation nerveuse.

J'arrive maintenant aux maladies de la peau causées par les *parasites végétaux*. Je n'en dirai que peu de mots, *l'étiologie* et la *pathogénie* étant trop évidentes pour être discutées.

Ces maladies sont: la *teigne faveuse*, *l'herpès tonsurans*, *l'herpès circiné*, le *sycosis* et le *pityriasis versicolor*.

La *teigne faveuse* ou *favus* est produite par *l'Achorion schœnleinii* (du nom de Schœnlein qui a découvert le parasite en 1839). On observe la maladie à tout âge, mais elle se montre surtout chez les enfants. Comme toutes les maladies parasitaires, elle est contagieuse; c'est ce qui explique le grand nombre de malades que l'on rencontre dans les endroits où sont réunis beaucoup d'enfants. En outre, elle est contagieuse de l'animal à l'homme. Le chat, par exemple, peut la communiquer aux enfants qui jouent avec eux. (1)

Cette maladie siège dans toutes les régions pileuses mais particulièrement sur le cuir chevelu. Elle se présente sous forme de croûtes jaune soufre, creusées en forme de cupule, de *godet*, d'où leur vient leur nom: *godets faviques*, et enchassées dant la peau. Cette croûte est entourée d'une aréole inflammatoire et au centre de la croûte on constate toujours la présence d'un cheveu. L'odeur de l'éruption est caractéristique, elle ressemble à celle de la souris. Les cheveux perdent peu à peu leur coloration et finissent par tomber. Quand on enlève une croûte on remarque un état cassant tout particulier, elle tombe en poussière et c'est dans cette poussière que le microscope

(1) V. *Conc. Méd.* 1881 p. 21:

permet de reconnaître le champignon : l'achorion constitué par des spores et des tubes de mycelium. Pour bien les voir, il faut un grossissement d'au moins deux cents diamètres.

L'herpes tonsurans ou *teigne tondante*, *l'herpès circiné* et le *sycosis* ne sont que les formes différentes d'une seule et même maladie produite par le *tricophyton* d'où le nom de *tricophytie* que le Professeur Hardy a donné à l'ensemble de ces manifestations dermato-parasitaires.

L'herpès tonsurans s'observe chez les enfants et se présente sous forme de plaques ou mieux *d'aires* arrondies et tracées comme au compas. Ces espaces ont un aspect poussiéreux et sont recouverts de petites écailles épidermiques abondantes. Les cheveux sont coupés à un demi-centimètre du cuir chevelu, ceux qui sont entiers sont fragiles, cassent en deux à la moindre traction.

Au microscope, on constate que la gaîne de ces cheveux est soulevée par de nombreuses spores, de plus en plus nombreuses, au fur et à mesure qu'on se rapproche de la racine. En outre, l'extrémité du cheveu est dissociée et présente la forme d'un balai.

Sur la peau, l'herpès tonsurans prend le nom d'herpès circiné. Il débute par une petite plaque de vésico-papules. Il s'en forme d'autres autour d'elles et, peu à peu, le cercle s'agrandit, les vésicules centrales disparaissent et au bout de quelques jours, l'éruption se présente sous forme d'un cercle parfaitement régulier de vésico-papules légèrement élevées au dessus de la peau, tandis que le centre du cercle est complètement sain.

Sur la barbe, l'éruption prend une forme tuberculo-pustuleuse et elle porte le nom de sycosis ; inutile de dire que cette forme de la maladie est particulière à l'âge adulte.

Quelques différences que présente dans leurs manifestations ces trois formes de la même maladie, elles ne sont causées que par un seul et même parasite, le tricophyton ; elles sont contagieuses, si bien qu'on peut trouver dans la même famille l'enfant atteint d'herpès tonsurans, la mère d'herpès circiné et le père de sycosis. En outre, ces maladies sont auto-contagieuses ; ainsi lorsque l'éruption siège à la région occipito-cervicale, c'est-à-dire à la fois sur le cuir chevelu et sur la peau du cou, on voit un cercle constitué moitié par l'herpès tonsurans, moitié par l'herpès circiné. De plus, une personne peut avoir sur la barbe du sycosis, et sur le bras, par exemple, de l'herpès circiné.

D'ailleurs il en est de même pour la teigne faveuse. Elle est contagieuse et auto-contagieuse.

Le *pityriasis versicolor* se présente sous la forme d'une éruption plus ou moins variée. Tantôt on trouve de larges plaques jaunâtres couvrant toute la face antérieure du thorax, tantôt ce sont des ilots de différentes grandeurs étalés çà et là. A la surface, on remarque une desquamation furfuracée semblable à de la poussière. Quand on examine attentivement une large plaque de pityriasis, on constate que cette couleur jaunâtre dont je parlais plus haut n'est due qu'à l'ensemble de l'éruption ; car on distingue facilement des endroits jaune clair, d'autres rosés, d'autres brun clair, d'où le nom de *pityriasis versicolor.* Si l'on porte les squames sous le champ du microscope, on voit qu'elles sont formées de très fins débris épidermiques au milieu desquels on distingue le champignon, le *microsporon furfur* constitué par des spores, des cellules étroites, allongées, et des tubes de mycélium un peu plus gros que ces dernières. La nature contagieuse du parasite explique comment on l'observe à la fois sur la poitrine d'un mari et sur celle de sa femme, etc...

(*à suivre*).

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

(*Suite et fin.*)

Nous avons passé en revue, dans le précédent article, les nombreux symptômes qui constituent le tableau nosologique de la méningite tuberculeuse, et, après avoir examiné la valeur clinique exacte de chacun d'eux, au point de vue du diagnostic, nous sommes arrivé à cette conclusion que le meilleur critérium était fourni par l'étude du pouls et de la respiration. Encore n'y a-t-il, évidemment, dans les signes tirés des appareils circulatoire et respiratoire rien d'absolument pathognomonique.

D'ailleurs, la maladie qui nous occupe est, par essence, irrégulière dans ses allures, elle peut affecter des modes de début très différents, revêtir des formes larvées, si bien qu'on s'explique difficilement l'assertion suivante formulée par un pathologiste aussi considérable que Niemeyer : « Les particularités caractéristiques dans la succession des symptômes, les indices qui permettent d'apprécier le siège primitif de la maladie et son extension ultérieure, enfin la marche subaiguë de la maladie, qui est d'une uniformité remarquable dans les différents cas ; telles sont les circonstances qui suffisent presque constamment pour éclairer et fixer le diagnostic. » — Nous ne saurions souscrire à cette manière de voir, et nous croyons que Bouchut n'a point exagéré en disant que le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse est le point le plus difficile de son histoire.

Le moment est venu de rechercher quelles sont les maladies qui peuvent être confondues avec elle. On peut adopter deux procédés différents pour les catégoriser, — suivant qu'avec le plus grand nombre des auteurs on range dans un premier groupe les affections susceptibles de simuler les prodromes de la méningite, et dans un second, celles qui pourraient être confondues avec la ménin-

gite confirmée, ou suivant qu'on tient surtout compte de l'âge des sujets observés (nouveau-nés, enfants, déjà grands). Nous croyons qu'il est plus pratique et plns clinique de procéder ainsi.

I

Chez les enfants nouveau-nés, les moindres *troubles gastriques* peuvent s'accompagner, si peu qu'ils se prolongent, d'un état général assez grave pour causer de réelles alarmes. Vomissements plus ou moins répétés, s'accomplissant presque sans efforts, comme les véritables vomissements cérébraux, mais s'expliquant ici par la facilité avec laquelle les tout jeunes enfants rejettent le contenu stomacal, — constipation, fièvre, alternatives d'agitation et de somnolence, irrégularité du pouls et de la respiration même et dilatation anormale des pupilles; voilà autant de symptômes qui peuvent faire appréhender momentanément un état méningitique, et qui, cependant, peuvent disparaître après l'administration d'un peu de sirop d'ipéca ou de quelques pincées de magnésie dans de l'eau sucrée.

Une diarrhée un peu prolongée, surtout dans la saison chaude, pourra quelquefois plonger l'enfant dans un état d'adynamie cholériforme; mais l'existence de la diarrhée, qui aura été le premier symptôme en date, fera écarter l'idée d'une méningite, puisque celle-ci s'accompagne de constipation dans la grande majorité des cas.

L'invasion de la plupart des *affections aiguës des voies respiratoires* peut s'accompagner de *troubles cérébraux sympathiques*, assez intenses parfois pour faire songer à l'inflammation des méninges. Une simple *amygdalite*, un *catarrhe bronchique* surtout une *pneumonie* pourront déterminer des désordres nerveux inquiétants, aussi est-il de règle d'examiner en pareille occurrence la gorge du bébé, de l'ausculter ; de le déshabiller pour rechercher l'apparition d'un exanthème, et ce n'est qu'après avoir passé en revue les différents appareils qu'on peut, n'y trouvant pas de maladie, se rabattre sur l'état du cerveau et des méninges, incriminer l'encéphale et ses enveloppes. Encore ce diagnostic différentiel est-il plutôt à établir à propos de la méningite aiguë et de la congestion cérébrale qu'à propos de la méningite tuberculeuse.

Néanmoins, certaines *congestions cérébrales*, se répétant fréquemment sous l'influence double d'une prédisposition héréditaire et d'une cause occasionnelle (froid, chaleur), peuvent très légitimement éveiller l'attention dans le sens de la tuberculose cérébro-méningée à prodromes rémittents. C'est là un cas très particulier, trop peu connu, de clinique infantile sur lequel il n'est pas hors de propos d'insister.— Les enfants, sujets à ces poussées congestives, appartiennent à des familles de névropathes, d'aliénés, d'hystériques; on trouve chez leurs ascendants paternels ou maternels l'alcoolisme, plus rarement la syphilis. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer une hérédité arthritique. On constate chez eux une grande susceptibilité aux influences atmosphériques et une tendance très remarquable aux congestions cérébrales ou médullaires; ils sont prédisposés aux convulsions, ils le sont aussi aux phénomènes pseudo-méningitiques.

Tel de ces enfants, ayant été soumis à l'influence brusque du froid pendant une promenade, présentera les signes d'hyperesthésie cutanée et sensorielle, l'agitation et l'insomnie, certains troubles digestifs, ou même oculo-pupillaires; l'enfant est rétabli au bout de quelques jours; mais, peu de temps après, à l'occasion d'une faute d'hygiène quelconque, des phénomènes analogues pourront se reproduire une ou plusieurs fois. En présence de cette susceptibilité aux manifestations cérébrales, on peut se laisser entraîner à éveiller des craintes qui pourront peut-être se réaliser dans l'avenir, mais qu'il est en tout cas prématuré de faire partager à la famille. Si la tuberculose est en germe dans de tels organismes, il n'est pas inadmissible que ces raptus congestifs successifs puissent quelque jour en favoriser l'éclosion dans l'encéphale et les méninges; mais cette perspective reste purement hypothétique dans le moment présent. Il y a indication d'une prophylaxie sévère, d'une éducation physique et intellectuelle surveillée de fort près; mais, tant qu'il n'y a que de la congestion cérébrale, il ne faut pas dire méningite, à moins qu'on ne désire se procurer à peu de frais la réputation d'avoir jugulé une affection qui ne pardonne pas d'ordinaire.

Chez certains enfants, la *dentition difficile* peut s'accompagner d'un appareil de symptômes alarmants, et, bien que des auteurs aient eu peut être le tort de pousser trop au noir le tableau des accidents de la dentition, il faut bien admettre que celle-ci est susceptible d'embarrasser le médecin, puisque des cliniciens de la sagacité de Rilliet et Barthez avouent avoir plus d'une fois commis la double erreur de prendre une dentition difficile pour une méningite, et inversement : vomissements, constipation, alternatives de rougeur et de pâleur du visage, caractère irritable, cris spontanés, assoupissement avec brusques réveils en sursaut, voilà bien de quoi expliquer la confusion possible. « L'examen attentif de la bouche, l'absence de soupirs, l'intensité et en même temps l'irrégularité de la fièvre, la coloration très vive de l'une des joues, la facilité des évacuations par de légers minoratifs sont les signes différentiels les plus importants, » disent les auteurs que nous citons.

Finlayson a réuni un certain nombre d'observations dans lesquelles la méningite tuberculeuse éclata au milieu des troubles propres à la dentition ; il est donc bon d'être prévenu de la coexistence possible de ces faits et de ne point s'aventurer dans l'affirmation de la nature bénigne de ces troubles, pour peu qu'ils se prolongent ou soient très accentués; dans un travail qui date d'hier, notre excellent collègue, le Dr Greffier, a publié une observation de ce genre dans laquelle le doute suspensif était de rigueur (1).

(1) France médicale, 12 décembre 1882.

Parmi les faits plus rares, il convient de citer ce singulier état pathologique que Marshall-Hall a désigné du nom de *maladie hydrocéphaloïde*, caractérisé par l'épuisement des forces qu'une hygiène vicieuse, une diarrhée prolongée, une perte de sang abondante détermine chez certains enfants.

Fièvre et irritabilité nerveuse, grincements de dents, soupirs et gémissements pendant le sommeil caractérisent le début de cet état; puis les traits habituels du collapsus, pâleur et refroidissement de la face et des extrémités, regard vague, pupilles peu sensibles à la lumière, respiration irrégulière, et râle trachéal accompagnent le coma ou les convulsions agoniques. Les commémoratifs sont ici d'un grand secours.

Signalons encore de menus faits qui peuvent emprunter de l'importance à telle ou telle conjoncture donnée. Une *otite* chez un enfant ne parlant pas, et ne pouvant indiquer la cause de sa souffrance, peut s'accompagner de quelques signes cérébraux. *L'impaludisme* peut, de l'avis de beaucoup de cliniciens, se manifester par des accidents comateux qui sont de nature à en imposer pour des accidents méningitiques aigus; ce cas ne rentre donc pas tout à fait dans notre cadre d'aujourd'hui.

II

Chez l'enfant ayant dépassé la deuxième année, les maladies dont le diagnostic devra être surtout discuté comparativement avec celui de la méningite sont les suivantes:

L'embarras gastrique sera, suivant West, difficilement pris pour une méningite commençante, si l'on examine son malade avec attention; cet auteur reconnaît pourtant qu'il y a beaucoup de points de ressemblance entre les deux maladies; vomissements, constipation, céphalalgie. Mais un simple embarras gastrique ne s'accompagne généralement pas d'un grand mouvement fébrile; la physionomie un peu alanguie ne présente pas le caractère d'anxiété et de détresse propre à la méningite, la langue est beaucoup plus saburrale. Enfin, l'action des médicaments juge l'hésitation; l'administration d'un vomitif et d'un purgatif suffit à guérir le malade.

Les troubles digestifs persistants, le vomissement surtout doivent être tenus pour suspects. Le fait suivant rapporté par West est instructif à ce point de vue. « J'ai vu, dit-il, un cas où la continuation des vomissements pendant six semaines après la disparition d'une attaque de diarrhée, courte, mais sévère, fut le seul symptôme de maladie chez un enfant de cinq ans. A la fin, il fut un peu assoupi et, une ou deux fois, pressé de questions, dit qu'il avait mal à la tête. Un peu moins de deux jours après s'être plaint de la tête, l'enfant fut saisi d'une violente attaque de convulsions et mourut dans le courant de la semaine suivante, après avoir présenté tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, dont on trouva les lésions à l'autopsie. »

La *congestion hépatique*, à son début, quand il n'existe pas de fièvre et pas encore d'ictère, mais seulement un état nauséeux, de la somnolence, et une rétraction du ventre dépendant de la contracture des muscles droits de l'abdomen, qui le produit dès qu'on veut palper l'hypochondre douloureux, — l'hyperémie du foie, disent Rilliet et Barthez, mérite qu'on la fasse entrer en ligne de compte.

Vers intestinaux. On sait que Lebon (de Besançon) a observé vingt-neuf exemples, dans une seule année, de pseudo-méningite vermineuse. — Bouchut rapporte qu'en 1868, il eut dans son service, une petite fille de trois ans, qui présenta pendant huit jours des vomissements, de l'anorexie, de la somnolence, des gardes-robes rares, un pouls un peu inégal et irrégulier: tout à coup, elle vomit plusieurs lombrics et se rétablit promptement. — En regard de ce fait, le même auteur cite le fait d'une fille de quatre ans qui mourut de méningite après avoir présenté des troubles nerveux qué l'expulsion spontanée d'un lombric par la bouche, pouvait faire rapporter à l'helminthiase.

De ces faits découle le précepte pratique de commencer par administrer un vermifuge avant de porter le diagnostic.

La *fièvre typhoïde* est souvent fort difficile à différencier d'avec la méningite tuberculeuse. Picot et d'Espine disent que le doute ne peut subsister en général plus d'un ou deux jours. Trousseau considérait que, trop souvent encore, le diagnostic entre la dothiénentérie compliquée d'accidents cérébraux et l'encéphalo-méningite est des plus embarrassants. Il attachait la plus grande importance comme signe différentiel à la respiration inégale, irrégulière; car il faisait remarquer que la céphalalgie peut être aussi violente dans la fièvre typhoïde que dans la méningite, les vomissements aussi persistants, que la diarrhée peut faire défaut et être remplacée par une constipation opiniâtre, que le gonflement de la rate, les épitaxsis, les taches rosées lenticulaires ne se montrent pas toujours, que le ventre peut être creusé en carène au lieu d'être météorisé; que la tache méningitique se voit dans la dothiénentérie, enfin que les cris arrachés par la douleur de tête peuvent simuler les cris hydrencéphaliques.

Mais les recherches thermométriques de Wunderlich et Griesinger ont apporté un élément précieux dans le problème. Le schéma caractéristique de la dothiénentérie peut sans doute n'être pas d'une netteté typique; mais on a cependant dans l'ensemble de sa courbe, l'inverse de la courbe de la méningite tuberculeuse, puisque dans la première, le plateau thermique est intermédiaire à la ligne des oscillations ascendantes et à celle des oscillations descendantes, tandis que dans la seconde, ainsi que l'a fait remarquer M. H. Roger, « la diminution considérable de la chaleur intermédiaire à deux périodes d'augmentation est chez les enfants un signe pathognomonique de la phlegmasie des méninges. (1) » — Cet

(1) Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, 1872.

axiôme paraît n'être pas applicable à tous les cas, suivant M. J. Bouton (1); d'après ce dernier, « on ne saurait confondre une fièvre typhoïde et une méningite, si on veut bien songer que la fièvre typhoïde présente deux tracés parallèles pour le pouls et la température, tandis que dans la méningite tuberculeuse le pouls s'élève excessivement pendant que la température reste stationnaire. — West dit également que dans cette dernière maladie, la température semble n'avoir aucune relation avec la fréquence du pouls.

Tels sont les cas les plus fréquents dans lesquels le médecin est appelé à hésiter entre deux diagnostics; on indique encore, dans les auteurs, les convulsions, l'hydrocéphalie aiguë, la pachyméningite hémorrhagique, la méningite cérébrospinale, les tubercules cérébraux comme des affections pouvant être confondues avec la nôtre. Ayant consacré aux premières un récent article, nous n'y reviendrons pas; les autres sont rares, très rares; et ce n'est point ici le lieu d'envisager tous les cas possibles.

La question du diagnostic de la méningite tuberculeuse a été agitée au dernier congrès de la Rochelle (2) à propos d'une communication de M. Vovard (de Bordeaux). Notre confrère ayant obtenu un nombre relativement élevé de guérisons par la méthode révulsive, en est arrivé à croire que, chez les enfants, il y a un grand nombre de cas de *méningites scrofuleuses* plus facilement curables que les méningites tuberculeuses. A ce propos, plusieurs observateurs parlèrent des cas de pseudo-méningites qui sont de si beaux triomphes pour la thérapeutique et qui ne sont que des erreurs de diagnostic. M. Leclerc a cité le cas d'un enfant considéré comme atteint de méningite tuberculeuse et qui guérit très rapidement, il n'avait eu en réalité qu'une *fièvre de croissance*; en huit jours il avait grandi de neuf centimètres.

Dans cette même séance, M. de Musgrave-Clay a parlé d'un enfant de douze ans qui, après avoir présenté le tableau classique de la méningite tuberculeuse, et être resté pendant dix ou douze jours dans un état presque comateux, a fini par guérir pour ainsi dire sans traitement.

M. Leudet a rapporté les observations de trois malades méningitiques guéris et qui sont morts plus tard d'accidents tuberculeux.

III

Traitement. — Nous serons forcément bref sur ce point, ne pouvant que rappeler ce qui se trouve dans tous les livres classiques et n'ayant à indiquer aucune recherche nouvelle. La diphthérie et la méningite tuberculeuse, qui méritent chacune, presque au même degré, le titre *d'opprobrium artis*, diffèrent en ceci que les praticiens cherchent encore, sans cesse, toujours, et sans se lasser, malgré les insuccès constants, le remède efficace contre la première : on ne cherche plus rien contre la seconde.

La *prophylaxie*, à la condition d'être entreprise de très bonne heure, peut être couronnée des plus heureux résultats. La voici fort bien résumée : « Toutes les fois que les antécédents de famille font craindre le développement de la maladie, les enfants doivent être, dès leur naissance, l'objet d'une sollicitude particulière. L'allaitement par une bonne nourrice sera prolongé jusqu'au maximum du terme ordinaire (de quinze à dix-huit mois;) l'enfant, s'il est possible, sera élevé à la campagne ; on le soumettra de bonne heure à l'usage de l'huile de foie de morue et des préparations ferrugineuses et iodées; on entretiendra par des frictions sèches l'activité des fonctions de la peau, ou pourra dans le même but, faire prendre des bains sulfureux ou salés; enfin, on différera le commencement des études jusqu'à ce que l'âge le plus redoutable soit passé, c'est-à-dire, jusqu'à la septième année. » (Jaccoud et Labadie-Lagrave).

Le *traitement* de la maladie confirmée peut se résumer dans les indications suivantes :

Combattre la constipation par des *purgatifs* doux: calomel mélangé à du sucre, sulfate de magnésie.

La plupart des praticiens ont renoncé et avec raison, aux émissions sanguines, aux mercuriaux à doses massives. La plupart ont, au contraire, conservé les *révulsifs*, sous forme de vésicatoires volants ou de pommade irritante sur le cuir chevelu (pommade stibiée ou au croton tyglium). On emploie souvent aussi les *applications froides* sur la tête.

L'iodure de potassium est à peu près le seul médicament qu'on essaie, dans l'espoir de diminuer les exsudats méningitiques, Il a pourtant de nouveaux détracteurs.

Les autres médicaments s'adressent aux phénomènes d'excitation : *l'aconit* (West), le *chloral*, le *bromure de potassium* à doses combinées et répétées (Amory et Clarke).

On cherche à *alimenter* le malade le plus longtemps qu'on peut; ou lui faire prendre *des toniques* ou des *stimulants diffusibles* quand survient la phrase de dépression. Les *injections hypodermiques d'éther* réveillent encore passagèrement dans la dernière période une vitalité presque éteinte.

En songeant à l'impuissance du médecin vis à vis de cette terrible maladie, on comprend l'amertume que respirent ces mélancoliques et sincères paroles de West : « Après trente ans de pratique, je ne peux ne pas me demander si j'ai appris quelque chose de nouveau ; si j'ai à ma disposition quelque arme nouvelle ; ou si j'ai appris à manier les anciennes avec une plus grande habileté qu'autrefois ; et je crains de ne pouvoir affirmer ni l'un ni l'autre.

En avançant dans la vie on gagne en habileté diagnostique, on voit le danger de plus loin, on prédit plus tôt et plus sûrement que dans les premières années un inévitable chagrin; m ais c' tout. » Paul Gerne.

(1) Essai sur le pouls, la température et la respiration dans la méningite tuberculeuse. Thèse 1877.

(2) Séance du 26 août 1882. (*in* France médicale).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LOI ROUSSEL (*Suite*).

D.

Monsieur le Directeur,

Médecin-inspecteur des enfants du premier âge, j'ai lu avec un intérêt facile à comprendre les lettres des Drs Sève et Bibard sur le certificat des nourrices, et je vous demande la permission de tirer de cet échange d'idées les conclusions qui me paraissent logiquement en découler.

Un premier point est acquis : *Le certificat n'est pas gratuit.* Mais qui doit le payer ?

La *préfecture*, répond le Dr Bibard, ce qui le rendrait gratuit pour la nourrice ; la *nourrice* répond le Dr Sève et je suis de son avis. Voici mes raisons :

Certes, il vaudrait mieux pour nous avoir affaire à l'administration ! mais en est-il ainsi ? voilà toute la question !

Que dit la loi du 23 décembre 1874 ?

Art. 8. Toute personne qui veut se procurer un nourrisson... est tenue de se munir des certificats exigés par les règlements.

Art. 12. Un règlement d'administration publique déterminera... l'organisation de l'inspection médicale, les attributions et les *devoirs* des médecins-inspecteurs.....

Art. 15. Les dépenses seront supportées moitié par l'Etat, moitié par les départements.

C'est tout. Il n'est nullement question de certificat gratuit.

Passons donc en revue les articles du règlement d'administration publique qui ont trait à cette question, et cherchons si la gratuité serait inscrite, soit dans les *devoirs du médecin-inspecteur*, soit dans les *droits des nourrices*.

Ce règlement daté du 27 février 1877, porte en résumé :

Titre I. Section II. — Médecins-inspecteurs.

Art. 9. Le médecin-inspecteur visite les enfants de sa circonscription.

Art. 10. La première visite a lieu dans les huit jours, les autres sont mensuelles.

Art. 11. Il inscrit ses observations sur le carnet et signe un bulletin de visite (ou de décès s'il y a lieu).

Art. 12. Il rend compte des faits graves au maire et au préfet, il adressera chaque année un rapport au préfet.

Art. 13. Il provoque s'il y a lieu le changement de l'enfant, ou fait cesser l'allaitement au sein en en prévenant le maire.

Art. 14. Il visite, à la réquisition du maire, l'enfant qui manque de soins médicaux et dresse s'il y a lieu le certificat de décès.

Art. 15. Il reçoit des émoluments fixés par le ministre sur la proposition du préfet.

Voilà tout son service et il est déjà assez chargé, eu égard à la faible rétribution qu'il reçoit jusqu'ici (5 francs environ par an et par enfant dans la Nièvre), mais de certificat à délivrer, il n'en est pas question, *ce n'est donc point pour cela qu'il touche des émoluments : Il n'est donc point obligé de le délivrer gratuitement.*

Voyons maintenant : Titre II. Section II.

« Les obligations imposées aux nourrices. »

Art. 27. Toute nourrice, pour obtenir un nourrisson, doit obtenir un certificat médical.

Art. 29. Ce certificat est délivré par le médecin-inspecteur ; ou, à défaut de médecin-inspecteur habitant la commune où habite la nourrice, par un docteur ou un officier de santé.

Est-ce dans ce dernier article que l'on prétendrait trouver le principe de la gratuité ? Mais est-ce que le docteur ou l'officier de santé est forcé de donner gratuitement son certificat ? Pourquoi alors, le médecin-inspecteur qui, je l'ai démontré plus haut, reçoit des émoluments pour un service nettement déterminé et dans lequel le certificat n'est pas mentionné, serait-il obligé de le faire ? Est-ce parce que les nourrices de sa commune sont forcées de prendre chez lui ce certificat ? Mais à chaque instant, chacun de nous est forcé de faire des choses qui n'en sont pas gratuites pour cela, exemple, les certificats de coups et blessures, etc., ainsi de la nourrice.

Le certificat est une obligation imposée à l'industrie nourricière comme la *Patente* à d'autres professions, et l'administration a pensé avec raison que le médecin-inspecteur, qui a charge de ces enfants était mieux placé pour le donner avec connaissance de cause et se montrerait moins complaisant. Voilà pourquoi elle a admis en principe que ce serait lui qui seul le délivrerait. Elle n'a admis qu'une seule exception pour les communes où n'habite pas de médecin-inspecteur, et cette exception est malheureuse, car elle paralyse presque complètement la loi. Qu'arrive-t-il en effet ?

Une nourrice qui sait très bien que le médecin-inspecteur a des raisons graves de lui refuser le certificat (parce que, paraît-il, il a été dans l'obligation de lui faire retirer un enfant ou de la traduire en police correctionnelle pour homicide par imprudence), l'obtient facilement du premier médecin venu qui ignore ces faits, tandis qu'une nourrice de la commune ne pourrait l'obtenir. Je sais bien que le maire, dans ce cas, peut refuser le sien ; mais on oublie trop que ce magistrat électif est astreint à bien des ménagements, et qu'il se décharge volontiers de sa part de responsabilité sur le médecin-inspecteur payé pour cela et qui dans le cas actuel, n'y peut rien, tandis que si cette exception était supprimée, le médecin-inspecteur aurait complètement l'indépendance nécessaire pour faire exécuter la loi, à la condition cependant qu'on lui fasse une situation sortable.

La loi n'établit pas cette dette pour la nourrice, dit le docteur Bibard ! mais elle n'avait pas à le faire ! toute peine mérite salaire. C'est bien plutôt la gratuité qu'elle aurait dû spécifier si elle entendait l'établir !

Peut-on croire à un oubli? Outre qu'il n'est point permis de donner à la loi une interprétation extensive de son action, je réponds hardiment : non. La preuve c'est qu'elle a bien pris soin de la mention pour le carnet.

Art. 30. Le carnet sera délivré gratuitement.

Si donc le règlement *eût voulu que le certificat fût gratuit, elle l'eût formellement déclaré et l'eût compris dans tous les devoirs des médecins-inspecteurs.*

Il ne l'a pas fait et il a bien fait :

1° parce que cette charge, légère quand elle est supportée par chaque nourrice, fut devenue lourde pour le département qui aurait dû payer bien plus largement le médecin-inspecteur sous peine de n'en pas trouver.

Il eût été en effet plus avantageux de faire payer cinq francs (tarif de plusieurs médecins), un certificat qui ne demande qu'un quart d'heure de travail que de toucher une somme égale pour les rapports, la comptabilité et les nombreux déplacements que l'on demande au médecin-inspecteur, surtout s'il y a comme ici des enfants disséminés dans un rayon de vingt-quatre kilomètres.

CONCLUSION.

Le certificat est à la charge de la nourrice, et c'est une erreur de prétendre que cette charge nuit au fonctionnement de la loi. Peu de nourrices, en effet, font des difficultés pour le prendre, par la raison bien simple que leurs précautions sont prises d'avance, soit que la famille de l'enfant se charge de cette avance, soit que le prix mensuel en soit fixé dans cette prévision.

La seule conclusion pratique, c'est que le règlement eût dû fixer le prix du certificat et puisqu'il ne l'a pas fait, le mieux est *de se contenter du chiffre de trois francs fixé pour les visites et rapports médico-légaux*, en attendant que ce *tarif vieilli* et reconnu *insuffisant* par tout le monde ait été enfin l'objet *d'une révision équitable.*

Dr GRANDAUBERT,

Médecin de 1re cl. de la marine nationale en retraite (à Montsanche, Nièvre)

RÉPONSE

Mon cher Directeur,

En insérant dans le numéro 35 du *Concours Médical* du 2 septembre dernier, la réponse que j'avais faite à la lettre du Dr Sève, de Limours, j'avais répondu déjà au mémoire de notre honorable confrère de la Nièvre. Je comprends parfaitement la réclamation très accentuée faite par le Docteur Grandaubert, si, *contrairement aux instruction formelles du ministre de l'intérieur*, les Médecins inspecteurs de la Nièvre reçoivent une somme de *cinq franc par an et par enfant.* Dans ces conditions, il est légitime de repousser tout ce qui n'est pas expressément énuméré dans la loi.

En doit-il être de même si la circulaire du 8 août 1881 est exécutée dans toute la France? Je persiste à croire que non. *Toute peine mérite un salaire*, dit votre correspondant, *Bone Deus!* qui plus que moi est de cet avis? qui plus que moi a été ravi de voir imprimé dans le bulletin officiel du ministère de l'intérieur le paragraphe suivant :

« La question de la rémunération de l'inpection « médicale est incontestablement une des plus « importantes. Car, d'un côté, *cette inspection « est l'organe essentiel de la protection*, et, « d'autre part, malgré *un dévouement tradi- « tionnel* auquel je suis heureux de rendre une « fois de plus hommage, *il ne faut pas que « l'indemnité offerte soit en trop grande dis- « proportion avec le service demandé.* S'il en « était autrement, il ne serait ni juste de réclamer, « ni possible d'obtenir le strict accomplissement « des obligations imposées aux médecins-inspec- « teurs.

« Nous arriverons, je l'espère, grâce au con- « cours des assemblées départementales, à résou- « dre favorablement la question d'organisation « qui doit leur être soumise: elles contribueront « ainsi dans une large mesure au succès d'une « œuvre à laquelle le gouvernement de la Répu- « blique attache le plus grand prix et qui, d'après « une évaluation très inférieure à la réalité de- « vrait embrasser dans son action bienfaisante « un chiffre permanent d'au moins cent mille « enfants. »

CONCLUSION PRATIQUE. Nous appuyant sur la circulaire ci-dessus, agissons sur les membres des Conseils généraux pour que les assemblées départementales se conforment à la lettre et à l'esprit de cette circulaire. Ce qui me procurerait le grand bonheur de me trouver absolument d'accord avec notre cher confrère. Trois francs par chaque visite ne me paraîtrait pas *en trop grande disproportion avec le service rendu*; c'est également le taux que réclame notre confrère pour le prix du certificat, qui, j'en suis certain, sera naturellement compté comme une visite ordinaire.

Est-il utile de vous dire que je partage toutes les idées de votre correspondant sur la convenance et l'utilité de n'accepter que les certificats délivrés par les médecins-inspecteurs ?

Dr BIBARD

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX AMÉRICAINS.

Invagination intestinale chez un enfant de neuf mois, guérie par des lavements d'eau tiède. combinés avec le chloroforme et le massage. — Le Dr Gillette, médecin de l'hôpital Belle-

vue, de New-York, fut appelé en consultation auprès d'un enfant qui était malade depuis trois ou quatre jours, et qu'un médecin du voisinage avait traité iuutilement par des cataplasmes émollients, des lavements d'eau de savon tiède, et tous les différents moyens qu'on emploie d'ordinaire contre les coliques et la constipation.

« A mon arrivée, dit le Dr Gillette, je trouvai l'enfaut re- « posant sur les bras de sa mère dans un demi-sommeil ré- « sultant de l'adimnistration de l'opium; fièvre intense, « température 40° centigrades. Ses vêtements portaient les « traces de vomissements bilieux tout récents. Plusieurs « lavements avaient été déjà administrés, sans autre « résultat qu'un léger écoulement d'un fluide muco-san- « guinolent. Après avoir recueilli, auprès de la famille, « tous les commémoratifs utiles, j'examinai l'abdomen de « l'enfant, et j'y trouvai une masse molle et élastique « dans la région ombilicale, un peu à droite de l'ombilic. « Les vomissements, la constipation, le léger écoulement « sanguinolent par l'anus, et, de plus, la présence de cette « tumeur, me firent croire à une invagination de l'intes- « tin; mais n'ayant pas une certitude absolue, j'ordon- « nai un purgatif à l'huile de ricin, des onctions sur l'ab- « domen avec de l'huile camphrée, et des cataplasmes de « farine de graines de lin, avec recommandation de m'en- « voyer chercher dans deux heures si l'huile de ricin ne « faisait pas d'effet. — Deux heures après, ayant été « averti, je revins avec le premier médecin, et, de tout « ce qui précède, nous conclûmes à une invagination in- « testinale datant de plus de vingt-quatre heures. Je « confiai à mon confrére le soin d'administrer le chloro- « forme, et pendant que le père de l'enfant le tenait sur « ses genoux, la tête inclinée, j'essayai, à l'aide d'une « petite seringue de Davidson, d'injecter dans le rectum « un peu d'eau tiède; voyant que mes efforts étaient inu- « tiles, et que l'eau refluait toujours, je priai mon con- « frère de masser et de comprimer bien doucement la « tumeur que nous avions remarqué à droite du nom- « bril, pendant que je commençerais mon injection. Cette « fois, nous eûmes un plein succès ; un gargouillement « prolongé se fit aussitôt entendre, et une assez grande « quantité d'eau pénétra et fut retenue de l'intestin. Je fus « alors certain que la réduction de l'étranglement était « opérée, la preuve, c'est que l'onfant eût aussitôt une « selle copieuse et facile et que sa guérison fut rapide. »

C'est le troisième cas de ce genre guéri par les mêmes moyens, c'est-à-dire par le chloroforme, le massage, et les injections d'eau tiède dans le gros intestin. Un seul de ces moyens, ou deux d'entre eux combinés, peuvent quelquefois réussir; mais les trois moyens doivent être appliqués dans les cas graves ou datant de longtemps: un des cas cités par le Dr Gillette, datait de quarante heures, un autre de trois jours. Selon lui, le chloroforme a pour avantage de rendre le chirurgien plus complètement maître de son malade qui devient ainsi parfaitement docile ; de plus, il élimine le spasme involontaire de l'intestin, et la résistance musculaire volontaire des parois de l'abdomen. Enfin, le massage est un puissant adjuvant de la pression hydrostatique et des injections plus ou moins fortes introduites par le rectum; et, par conséquent, il doit favoriser aussi le déplissement des tuniques intestinales, et la réduction de l'invagination.

(*Tiré du New-Yorck médical Journal, septembre* 1882)

*
* *

Perforation du ventricule gauche du cœur par un ulcère de l'estomac. — Une journalière de cinquante-cinq ans mourut avec les symptômes d'un ulcère perforant de l'estomac. Durant la vie, on avait noté une irrégularité remarquable dans l'action du cœur ; mais on n'en trouve l'explication véritable qu'après la mort dans la lésion du muscle cardiaque. L'ulcère d'estomac avait causé une pleurésie à gauche. La pleurésie avait produit des adhérences de la plèvre diaphragmatique avec le péricarde. En conséquence, la base de l'ulcère était venue en contact avec le péricarde, et avait ainsi amené un ulcère perforant de la paroi externe du ventricule gauche. Le siège de l'ulcère dans l'estomac, était à cinq centimètres du cardia, et sur la petite courbure. *(Tiré du Medical aud Surgical Reporter septemre 1882).*

*
* *

L'herpès zona n'est pas une maladie de la peau. — Tel est le titre d'une intéressante communication faite par le Dr C. Thayer, de New-Yorck, au « *Medical and Surgical Reporter.* » — Après avoir fait l'historique de l'herpès zona, l'auteur arrive à établir cette proposition : que si, dans cette affection, on observe sur la peau des changements morbides plus ou moins importants, on remarque aussi des modifications sérieuses sur d'autres régions ou plutôt sur d'autres systèmes. Il cite Rayer qui déclare que la zona est rarement une maladie simple et non compliquée. Souvent les glandes lymphatiques sont enflammées; la pleurésie, la bronchite, des maladies d'estomac ou d'intestin, viennent souvent compliquer le zona, ou coïncider avec lui. En outre, l'examen cadavérique vient très souvent à l'appui de cette opinion. L'auteur cite, en effet, un grand nombre d'autopsies, dans lesquelles on reconnut que les régions qui avaient été le siège de l'éruption vésiculaire correspondaient toujours à des nerfs dans l'enveloppe où le tissu même étaient atteints d'inflammation.

La douleur est un des symptômes caractéristiques de cette affection ; or, elle apparaît toujours de un à cinq jours avant l'éruption, et toujours en suivant le trajet des nerfs qui animent la région qui sera le siége de la maladie. Certains cas de névralgie occipito-faciale, de névralgie dentaire, ou de pleurodynie, sont souvent précurseurs d'une éruption d'herpès, ce qui indique le même point de départ. Bref, des considérations énumérées ci-dessus, et d'autres considérations aussi bien théoriques que pratiques, l'auteur conclut que 1° : l'herpès zona est classé à tort parmi les maladies de peau; 2° que cette affection n'est pas un effet de troubles vaso-moteurs, mais bien une névrite réelle; 3° enfin que l'éruption n'est pas toute la maladie, qu'elle n'en est qu'une manifestation externe, — un épiphénomène semblable à ceux qu'on peut rencontrer dans la méningite ou dans la fièvre typhoïde (1).

*
* *

Médication fœtale. — Le Dr T. Curtis Smith, d'Aurora (Indiana), a étudié sérieusement cette question intéressante, sur laquelle l'attention des praticiens ne saurait se porter trop souvent. Après avoir rappelé combien il est est important d'administrer les médicaments antisyphiliques à une mère syphilitique pendant sa grossesse si l'on veut que l'enfant arrive à terme, et surtout qu'il arrive viable, l'auteur passe en revue les différents cas dans lesquels, il peut être utile, et même nécessaire, d'administrer des médicaments à la mère pour en faire profiter le fœtus. — Dans les maladies du placenta, dégéné-

(1) Voyez à ce sujet, *Concours médical*, 1882, n° 50, p. 615.

resnces graisseuses ou autres, il arrive que l'oxygénation du sang fœtal s'opère difficilement : la RESPIRATION placentaire est défectueuse. Le professeur Simpson, et après lui, Reamy et Thrush, de Cincinnati, ont observé que l'administration du chlorate de potasse avait, dans ces cas là. l'immense avantage de conduire la gestation jusqu'à son terme et de la terminer par la naissance d'un enfant vigoureux et bien développé. — Après avoir analysé les travaux du docteur Kubasson qui a étudié à l'aide du microphone l'action des différents médicaments sur le cœur du fœtus (chloroforme, chloral, opium et ses alcoloïdes, digitale, etc.), il admet, avec ce dernier observateur, que peu de temps après son administration à la mère, soit par la bouche, soit par le rectum, le médicament est réparti entre elle et le fœtus, en raison directe de leurs poids respectifs. Enfin il croit pouvoir conclure de toutes ses observations et des travaux de ses devanciers :

1o Que les médicaments donnés à une femme enceinte agissent promptement sur le fœtus, et que leurs effets sont proportionnels aux doses.

2o Qu'on peut augmenter considérablement les chances de viabilité du fœtus, en faisant suivre à la mère, pendant sa grossesse, un traitement antisyphilitique régulier ;

3o Que toute affection de la mère, capable de nuire au produit de la conception, doit être combattue par les remèdes appropriés.

4o Que dans la dégénérescence graisseuse du placenta, ou dans toute autre maladie placentaire, on peut enrichir considérablement le sang du fœtus, et par conséquent augmenter ses chances de viabilité, en administrant à la mère des sels alcalins, des ferrugineux, et des toniques.

5o Que les mouvements du fœtus sont rapidement calmés en administrant à la mère les opiacés et les autres calmants ;

6o Enfin, que l'administration à la mère d'un médicament trop énergique ou d'une dose trop forte, peut amener la mort du fœtus, et par conséquent l'avortement ou fausse couche. (*Tiré du médical and surgical Reporter de Philadelphie, 23 septembre 1882).* Dr POMBOURCQ.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LOT-ET-GARONNE

Affranchissement des notes d'honoraires.

Mon cher Directeur,

Suivant le désir exprimé dans le no 48 du 2 décembre 1882, je vous envoie la copie de la lettre écrite par le Ministère des postes et télégraphes.

Agréez, mon cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr CASSIUS

Juin 1882. — Coquille 61. *Paris, le 26 juillet 1882*

MINISTÈRE
DES POSTES
ET DES TÉLÉGRAPHES

DIRECTION
DES
Correspondances postales

3 Bureau

No
Notes et honoraires taxe.

Monsieur,

Les *notes d'honoraires* établies sur formules semblables à celle que vous m'avez communiquée peuvent, comme les factures et tous les relevés de compte en général, circuler au tarif des papiers d'affaires, soit cinq centimes par cinquante grammes

Dès l'instant, en effet, que les notes ne contiendront que les nom et adresse du client débiteur, le nombre de visites, la désignation des opérations et les sommes dues, elles ne présenteront aucun indice de correspondance.

Vous ne pourriez, sans contravention, y ajouter une invitation à payer dans un délai déterminé. Cela constituerait une véritable réclamation et rendrait vos notes passibles de la taxe des lettres.

J'adresse les instructions nécessaires au directeur de Lot-et-Garonne, pour faire cesser toutes difficultés mal fondées sur le point dont il s'agit.

Agréez, monsieur, l'assurance de ma considération.

Pour le ministre des postes et des télégraphes, le directeur des correpondances postales.

(signature illisible) (1).

II

SYNDICAT MÉDICAL DE L'ARRONDISSEMENT DE SARLAT.

Première réunion. — Nomination du Bureau.

Le samedi 28 septembre 1882, tous les Médecins de l'arrondissement de Sarlat étaient convoqués pour organiser dans leur circonscription une Société civile sous le titre de *Syndicat médical.*

Assistaient à cette réunion :

MM. les docteurs Boissarie, Sarrazin, Joseph Reynal, Amédée Reynal, Chayrou, Lombard, Destord, Castanet.

Avaient envoyé leur adhésion :

MM. les docteurs Feytaud, Denoix, Pomarel, Rudelle, Boudy, Palisse, de Molènes, Farges, Ussel, Lauvinerie, Magne.

Tous les membres présents ont été unanimes à reconnaître l'utilité des syndicats professionnels. Nos confrères de la Dordogne qui exercent sur les confins de la Charente et de la Gironde nous ont, depuis plus d'un an, précédé dans la voie où nous nous engageons, et en ont retiré des avantages marqués.

Nous pourrons comme eux :

Établir des rapports permanents entre les médecins de notre région, rendre nos relations plus faciles ;

Aplanir les conflits qui pourraient s'élever, soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits ;

Améliorer notre situation :

1o Par l'établissement d'un tarif minimum ;

2o Par l'adoption d'une règle de conduite uniforme vis-à-vis des pouvoirs publics ou des Sociétés de secours mutuels :

3o Par l'envoi régulier de nos notes d'honoraires :

4o Par un mode identique de recouvrement des honoraires.

Le Bureau de notre Société a été constitué de la façon suivante :

Président, docteur BOISSARIE.
Secrétaire, » DESTORD.
Trésorier, » SARRAZIN.
Membres, » AMÉDÉE REYNAL.
» » CHAYROU.
» » LOMBARD.

(1) Voyez à ce sujet, *Conc. méd.*, 1880, p. 475 et 598.

Ce bureau sera, pour les médecins de l'arrondissement un Conseil de famille auquel ils pourront recourir librement.

Il y aura, chaque annee, deux réunions générales tenues à Sarlat, la première le quatrième samedi de janvier, la seconde le premier samedi d'octobre.

Les invitations aux réunions générales seront faites au moins huit jours à l'avance. L'assistance aux réunions est obligatoire. Tout sociétaire qui, sans motif valable, n'assisterait pas aux réunions, serait passible d'une amende. La première cotisation annuelle est fixée à 5 fr.

Le syndicat se compose de tous les médecins habitant la région qui ont déjà adhéré ou qui adhéreront par la suite aux présents statuts en prenant l'engagement de s'y conformer. L'adhésion peut être donnée par lettre adressée au Président.

Nous engageons vivement ceux de nos confrères qui n'ont pas encore donné leur adhésion, à ne pas rester plus longtemps indifférents à notre appel. Les syndicats doivent réunir, sans exception aucune, tous les médecins d'une même région: nous étudierons ensemble et avec profit tous les besoins de notre circonscription, et nous pourrons nous agréger plus tard aux syndicats déjà formés, pour soutenir en commun les intérêts du Corps médical.

Le Président du Bureau, Dr Boissarie.

NOUVELLES

Notre Collaborateur, le Docteur Charles Liégeois, Lauréat des Facultés de médecine de Nancy et de Paris, Lauréat de l'Académie de Médecine, Lauréat (médaille d'or) de la Société médicale d'Amiens, membre du *Concours médical*, nous informe que la *Société de médecine pratique de Paris* vient de lui accorder, pour son travail intitulé: « La Thérapeutique raisonnée des Cardiopathies », son prix biennal (pour les années 1881 et 1882) consistant en une somme de 300 francs et en une médaille commémorative de bronze doré.

BIBLIOGRAPHIE

Livres d'étrennes pour 1883.

La *Librairie Hachette*, 79, *boulevard Saint-Germain*, public comme de coutume, de nouveaux ouvrages. Nous les avons parcourus avec le plus vif intérêt et c'est une des plus agréables tâches de l'année que d'en rendre compte aux lecteurs du *Concours médical*.

Les deux semestres du *Tour du Monde*, d'Edouard Charton, contiennent, le premier: la relation des voyages au Nedjed, le Berceau de la race Arabe; en Belgique, Toscane, et sur les côtes de la mer Noire.

Le deuxième semestre, nous fait parcourir la Chine: nous ramène en Belgique, en Egypte, en Océanie et nombre d'autres pays.

Chaque semestre contient un récit des deux derniers voyages du Dr Crevaux.

Le prix des deux volumes n'est pas très élevé et chaque page nous offre des gravures qu'on ne peut parcourir sans vouloir s'attarder à la lecture du texte.

Nous connaissons nombre de médecins qui, avec leurs deux chevaux seulement font, eux aussi, le tour du monde en trois cent soixante-cinq jours. Leur parcours est monotone; mais leur esprit est toujours en éveil; quelle plus agréable distraction pour eux que de pouvoir faire sans fatigue ce grand voyage autour du monde en compagnie d'esprits distingués, grâce à la belle publication de la maison Hachette.

Avec le tome VIII de la géographie universelle d'Elisée Reclus, nous pouvons, à notre loisir, contrôler les dires des conteurs du tour du monde qui nous parlent cette année ou nous ont parlé l'année précédente de l'Inde et de l'Indo-Chine.

N'a pas beau parler qui vient de ces contrées lointaines, lorsque, grâce aux sept cartes en couleur, aux deux cents trois cartes dans le texte et aux quatre-vingt-dix vues et types gravés sur bois du volume de la maison Hachette, nous sommes bien plus savants que le voyageur qui a vu de ses yeux. Avec le géographe rien n'est omis, tout est précis et ce n'est pas au détriment de l'imagination et de l'amusement. Rien ne saurait aussi bien les provoquer que la vue des gigantesques monuments de l'Inde et de l'Indo-Chine. Qu'étaient-elles donc ces civilisations qui nous ont laissé d'aussi grandioses témoignages de leur force matérielle!

Les descriptions de M. Elisée Reclus valent les récits du voyageur; elles sont attrayantes. Ce n'est pas d'aujourd'hui que la France produit d'illustres géographes, et si on a pu reprocher aux Français de ne pas connaître la géographie comme les autres peuples, cela tient probablement à ce que, trouvant avec raison leur pays très bon et très beau, ils ont rarement la fantaisie d'aller parcourir ceux des peuples étrangers et non à ce qu'ils manquent des moyens de s'instruire.

Aujourd'hui, la lutte pour l'existence s'établit pour les peuples aussi bien que pour les individuatités. Il faut apprendre la géographie pour aller rechercher, acquérir, exploiter tous les produits indispensables à notre commerce, à notre industrie et peut-être aussi à notre alimentation. Les bons ouvrages de géographie tels que ceux de M. Reclus font le profit et l'honneur des patients et des laborieux tels que lui.

Nous remarquons dans la *Bibliothèque des Merveilles*, de la maison Hachette: la matière et ses transformations de M. *Deleveau*: le Microphone, le Radiophone et le Phonographe par M. Du Moncel; la matière et ses transformations de M. Deleveau.

Les ouvrages de ces vulgarisateurs sont enrichis de gravures, de figures explicatives très nombreuses; on peut suivre sans difficulté, grâce à elles, les démonstrations les plus savantes.

Nous trouvons encore dans la *Bibliothèque des Merveilles*: les grands incendies par Maxime Petit; les Bouffons de A. Gazeau.

Nous ne terminerons pas cette revue sans mentionner le charmant album: cent tableaux de science pittoresque d'Albert Lévy, Hachette éditeur. On peut dire de cet ouvrage: *miscuit utile dulci.* Il nous paraît convenir surtout aux enfants de quatorze à seize ans. Dr des James.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326. rue de Vaugirard.

ÉTABLISSEMENT THERMO-RÉSINEUX

14, Rue des Petits-Hôtels, **14**, Paris

Du Docteur CHEVANDIER (de la Drôme)

Rhumatisme et iritis blennorrhagiques
(Suite).

Il suffit pour cela de retenir les observations qui sont relatées dans cette clinique. Elles sont puisées dans le cahier de clinique de notre établissement et rédigées au cours même de la cure.

M. le professeur Bouchard nous adresse le 24 décembre 1880, son client M, X... âgé de quarante ans environ. Au mois de janvier de cette année il a eu une blénnorrhagie. Déjà, quelqne jours avant qu'elle éclatât, il ressentait des douleurs dans le genou droit, qui prirent bientôt une grande intensité. L'arthrite ne tarde pas se compliquer d'une conjonctivite double. Au cours de l'été, il fit une cure thermale à Néris. Le retour des eaux fut signalé par une inflammation aiguë de l'iris gauche. *(à suivre).*

PRODUITS PHARMACEUTIQUES (Suite).

VIN DE GILBERT SEGUIN

Opinion du Dr Briquet, membre de l'Académie de médecine, sur le **vin de Séguin.**

« Les **vins blancs**, dit ce savant praticien, **sont ceux qui enlèvent le plus d'alcaloïdes au quinquina.** M. Garot a constaté que les deux tiers de ces alcaloïdes étaient pris au quinquina par cette sorte « de vin et qu'ils y restaient en dissolution. Quoique ces vins contiennent une certaine quantité de tannin, « celui-ci y est d'une nature particulière et telle qu'il ne se combine pas aux alcaloïdes pour les précipiter à « l'état insoluble. Les sels de quinine se maintiennent en solution complète dans cette espèce de vin. Ce sont « de **bons fébrifuges**, témoin le **vin de Séguin.** »

Huile de foie de morue Jomin.

On a cru longtemps que l'huile de foie de morue n'agissait que par l'iode et les principes minéraux qu'elle renferme, c'est une erreur. On a dit que, corps gras, elle ne servait que comme aliment de combustion; c'est également une erreur.

Les propriétés de l'huile de foie de morue ne résident isolément dans aucun de ses principes constituants, ce sont tous ces principes réunis qui guérissent. Gubler résumait d'une façon heureuse cette idée en disant qu'elle agissait comme **huile de foie**, c'est-à-dire comme **corps gras contenant tous les principes constituants** (organiques ou minéraux), et **préalablement élaboré de telle façon qu'il s'assimile presque directement**, qu'il est, pour ainsi dire, préalablement digéré.

L'huile doit donc, dans sa préparation, avoir été préservée de toute altération et représenter, comme l'**huile Jomin**, le **corps gras dans l'état où il se trouve dans le foie de l'animal vivant.**

Huile de foie de morue créosotée Jomin.

L'huile de foie de morue créosotée Jomin est préparée avec l'hule blanche que nos confrères ont pu personnellement apprécier et dont nous nous sommes efforcé de mettre en lumière les avantages.

La Créosote dissoute dans cette huile représente exactement **cinq centigrammes par cuillerée à bouche.**

Un artifice de préparation, qui n'altère en rien la composition du médicament, masque de la façon la plus heureuse la saveur toujours désagréable de la créosote.

Pharmacie Jomin, 24, rue Adolphe-Thiers, Boulogne-sur-Mer, et dans les dépôts.

Grains de santé du Dr FRANCK.

A dose suffisamment élevée, l'aloès agit comme purgatif, il irrite l'intestin et le fluxionne dans sa partie inférieure, en même temps qu'il provoque un flux bilieux intense.

La **gomme-gutte** agit comme **purgatif hydragogue** en excitant l'hypercrinie séro-muqueuse de l'intestin. — Son action congestionnante sur les organes pelviens est supérieure à celle de l'aloès,

Les **Grains de santé**, pris en nombre (quatre à six), auront donc une action spoliatrice manifeste, en même temps qu'ils exerceront une révulsion intense sur l'intestin.

Exiger les boîtes bleues et l'étiquette imprimée en quatre couleurs.

Baume de Tolu Le Beuf.

Emulsion concentrée, non alcaline.

Après avoir proclamé que l'**émulsion Lebeuf** n'était qu'un savon, ses détracteurs ont dû abandonner cette allégation qui faisait peu d'honneur à leurs connaissances chimiques : ils ont changé de langage.

Ils affirment maintenant que la saponine est un poison et, parce qu'on a reconnu que son introduction dans

les narines à l'état pulvérulent faisait éternuer, ils en concluent qu'elle est absolument nuisible à la santé.

Nous pourrions leur répondre par l'exemple du poivre dont certes les propriétés sternutatoires ne peuvent être contestées et qui pourtant n'a jamais empoisonné personne, bien qu'il entre dans l'alimentation de chaque jour; mais nous préférons prendre **la saponine** elle-même et montrer que cette allégation est aussi ridicule que la précédente, témoin l'innocent sirop de saponaire dont personne n'a jamais songé à faire un poison.

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

L'anémie peut être regardée comme la caractéristique des **maladies chroniques latentes** dont l'évolution n'a pas encore commencé; elle est encore prédominante au début de cette évolution. Le nombre des globules est diminué, leur constitution chimique est altérée et leurs propriétés vitales doivent forcément s'en ressentir.

L'iodure de fer, médicament à la fois **stimulant** et **reconstituant**, est alors formellement indiqué: il **suractive les phénomènes nutritifs, relève la vitalité organique** et permet ainsi d'atteindre des effets curatifs d'une longue portée. Non seulement on observera la réfection globulaire du sang, mais la modification ou l'arrêt des processus morbides constitutionnels.

Rappelons que les **pilules de Blancard** contiennent l'iodure de fer absolument inaltéré et, par la constance de leur composition, assurent des **effets toujours identiques.**

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE.

Chaque bouteille de **sirop de Digitale de Labélonye** est revêtue d'une étiquette teintée, et, sur l'enveloppe, d'une contre-étiquette portant, avec le fac-simile du cachet de la capsule et la **signature Labélonye,** la mention suivante:

Chaque bouteille doit être scellée d'une capsule revêtue du cachet ci-contre et d'une bande portant la signature: LABÉLONYE.

A Paris: pharmacie Labélonye, 99, rue d'Aboukir, et dans toutes les pharmacies.

Toile vésicante d'Albespeyres.

Pour faire prendre **le vésicatoire d'Albespeyres,** il suffit de bien l'appliquer à la surface de la peau, de manière que la surface du sparadrap soit en contact immédiat, sur tous les points, avec la surface des téguments. En hiver, il peut arriver que la masse emplastique, durcie par le froid, ne soit pas suffisamment adhésive et que l'emplâtre n'adhère pas sous une simple pression du doigt faite légèrement: il convient alors de présenter le vésicatoire quelques secondes devant le feu, puis après l'avoir appliqué à l'endroit voulu, de l'y maintenir avec la main pendant deux ou trois minutes.

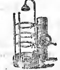
Avec ces quelques précautions, **le vésicatoire d'Albespeyres**, hors les cas rares d'idiosyncrasie spéciale, **prend toujours** et produit son effet assez rapidement. Cette rapidité d'action, due au titrage régulier de la matière vésicante, permet d'éviter les accidents du cantharidisme beaucoup plus sûrement que l'interposition soit d'un papier huilé, soit de poudre de camphre ou d'éther camphré. — On empêche, dans ce dernier cas, le vésicatoire de bien adhérer et on ne fait que retarder son action.

Il est bien préférable de ne laisser l'emplâtre que le temps strictement nécessaire à la production de la vésication : l'absorption de la cantharide n'est pas alors commencée et le résultat thérapeutique demandé à l'emplâtre est achevé. Il n'est même pas nécessaire de laisser le vésicatoire appliqué jusqu'à ce que la phlyctène soit formée : on peut, ainsi que l'a recommandé le professeur Cornil, enlever l'emplâtre **au bout de six heures** et, si la phlyctène n'est pas développée, faire soulever l'épiderme par l'application d'un simple cataplasme.

Cette pratique, qu'on ne saurait trop recommander, **surtout chez les enfants,** et les personnes délicates, nécessite, on le comprendra, le choix d'une toile vésicante excellente, car avec les produits du commerce on aurait souvent des mécomptes. Grâce aux soins qui entourent sa préparation, au titrage rigoureux de la cantharide qui entre dans sa préparation, le **vésicatoire vert d'Albespeyres** présente cette sûreté et cette rapidité d'action qui alors est nécessaire. C'est à lui que nous accordons la préférence, imitant en cela un grand nombre de nos confrères qui depuis longtemps le prescrivent exclusivement, au grand avantage de leurs malades.

MAISON PATRE

Le Comité des annonces du *Concours médical* invite ceux de nos confrères qui exercent la médecine et, la *Pharmacie*, dans la région d'Orléans et les départements du centre, à s'adresser à la MAISON EM. PATRE, pharmacie-droguerie, 263, rue Bourgogne, Orléans (Loiret). Ils peuvent compter que les produils qui leur seront fournis seront de première qualité et dans des conditions de prix très favorables. En leur quatité de *Membres du Concours médical*, ils seront traités comme les plus anciens clients de la maison.



LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

30 Décembre 1882 — 4me Année. — N° 52

SOMMAIRE

BULLETIN

M. le Dr *Hayem* lit un travail intitulé : *De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorrhagie.* Ce mémoire est un parallèle intéressant entre les injections hypodermiques d'éther et la transfusion. En voici le résumé : Lorsque, dit l'auteur, on fait subir à un chien une hémorrhagie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition des grandes convulsions tétaniques, qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action sensible. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du sang complet produit une véritable résurrection. Les résultats sont tout aussi négatifs, lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19 dv poids du corps) qu'après l'hémorrhagie ils se trouvent dans un état presqu'à la limite entre la mort imminente et la survie possible.

Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peutêtre obtenu par la dilution du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel, emprunté à un animal de la même espèce.

Il n'est donc pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile, pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injection sous-cutanée. Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des contractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations ; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

Elections. — M. *Potain* est élu membre titulaire dans la section de Pathologie médicale. — M. *Alph. Guérin* est élu vice-président de l'Académie pour 1883, M. *Proust*, secrétaire annuel.

— Le nouvel hôpital Bichat est ouvert depuis le 1er décembre. Les chefs de service sont MM. Gérin-Roze, Gouguenheim et Terrier.

Dr J. GEOFFROY

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

PAR LE Dr ARMAND RIZAT.

(*Suite*)

L'enchaînement des idées nous amène à traiter une maladie du système pileux que l'on avait jus-

qu'à présent considérée comme une maladie parasitaire, mais qui tend de plus en plus à être regardée comme une maladie essentiellement nerveuse : je veux parler de la *pelade*. Cette maladie s'observe sur tous les endroits du corps où il y a des poils, mais comme c'est sur le cuir chevelu que l'on est à même de l'observer plus aisément, c'est cette région que je choisirai pour la décrire. Elle est caractérisée par des aires d'alopécie — d'où le nom latin *alopecia areata* — de toutes dimensions et sur lesquelles il est absolument impossible de découvrir le moindre cheveu; tandis, que tout autour, les cheveux conservent leur coloration et leur brillant. Les aires de pelade peuvent se réunir et il en résulte des espaces alopéciques à bords régulièrement festonnés. Il peut même arriver que l'alopécie soit complète, comme cela arrive quelquefois dans la syphilis ; mais les deux affections offrent une très grande différence dans leur marche : j'en reparlerai plus loin.

Etudions donc la nature de la pelade. Cette maladie est considérée, par quelques auteurs, comme parasitaire, par d'autres comme nerveuse. Ainsi Bulkley la range parmi les affections atrophiques des cheveux; Auspitz dans les épidermidoses, — anomalies de la couche cornée et des sécrétions épidermiques, famille des atrichoses ; — Hillairet en fait une maladie parasitaire due au Microsporon Audouini. Mais, ainsi que je vais le démontrer dans la suite, les faits observés sont beaucoup plus en faveur de la nature névropathique que de la nature parasitaire.

Dès 1874, Hébra, parlant de la pelade, avait dit que cette affection était produite par une lésion de l'influx nerveux qui « se traduit par un trouble de nutrition dans le formation et dans la production des cheveux. » D'un autre côté, le Dr Malassez a décrit le parasite de la pelade. Ce sont des spores analogues à celles du tricophyton, mais complètement dépourvues de mycélium. Le Dr Merklen, dans un article paru dans les *Annales de Dermatologie*, 1880, p. 260, combat la théorie nerveuse et la théorie parasitaire; et il termine son travail par ces mots : « Il semble bien en dernière analyse que la pelade soit le résultat d'un vice de nutrition du cuir chevelu, ainsi que l'établissent très nettement les altérations atrophiques du cheveu depuis, longtemps connues et les lésions épidermiques signalées par Malassez. C'est la cause de cette dégénération qui reste obscure et discutée. »

Je vais donner les raisons qui militent en faveur de l'étiologie nerveuse de la *pelade*, ou, en d'autres termes, je vais démontrer que la pelade est une trophonévrose. Au Congrès international de Médecine de Londres, en 1881, le Dr Robert Liveing a lu un mémoire dans lequel il rejette complètement la théorie parasitaire, pour faire de la pelade une maladie essentiellement nerveuse, adoptant en cela les idées d'Hébra. Il cite plusieurs cas à l'appui de sa théorie et, comme preuve concluante, Liveing rapporte l'observation d'une jeune fille qui présentait, sur toute la surface des aires d'une pelade, une insensibilité complète. Chez une femme de trente ans, atteinte d'une pelade généralisée à toute l'étendue du crâne, l'insensibilité était telle que la malade ne pouvait pas distinguer l'eau froide de l'eau chaude. Chez un homme de quarante ans environ, le même fait s'observait sur trois plaques de pelade. La guérison se fit, les cheveux repoussèrent, mais sur une des aires, ils repoussèrent blancs, tandis que sur les deux autres, ils conservèrent leur couleur naturelle. Liveing cite aussi des cas où un liquide vésicant, placé sur les aires de la pelade, ne produisait aucune phlycène, tandis que, partout ailleurs, l'effet vésicant avait lieu.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ce mémoire, les partisans de la théorie nerveuse furent en majorité, et le professeur Hardy (de Paris), partisan de la théorie parasitaire, dit qu'il reconnaissait deux formes de pelade, ou mieux deux périodes, l'une primitive, pendant laquelle l'affection était contagieuse, et la seconde période pendant laquelle la maladie était une trophonévrose.

Parmi ceux qui affirment la nature nerveuse de la maladie, il faut citer Unna, de Hambourg, qui a vu un cas où une grande frayeur fut suivie d'épilepsie, d'hémicrânie, de maladie de Graves et de pelade. Un autre cas de pelade qui avait résisté à six mois de traitement de toute espèce, anti-nerveux ou anti-parasitaire, fut guéri en huit jours avec le pinceau électrique. Erasmus Wilson rejette absolument l'idée de parasite, et il fait de la pelade une paralysie compliquée de dénutrition et d'atrophie complète de la peau. M. Vidal (de Paris) reconnaît trois formes : la pelade décalvante, la pelade achromateuse, et la pelade pseudo-tondante qu'on peut rapprocher de la teigne tondante. La première forme, une trophonévrose, n'est jamais contagieuse ; quant aux deux autres, il ne peut pas s'empêcher de déclarer qu'elles sont parasitaires, bien qu'il n'ait jamais pu découvrir le parasite, car il a vu des cas de contagion : entre autre, celui où quatre enfants de la même famille furent atteints dans l'espace de deux mois, puis la maladie se communiqua au père qui vit tomber sa barbe. Le champignon décrit par M. Malassez est le *torula vulgaris* qu'on trouve dans toutes les desquamations épidermiques; mais M. Vidal, ne l'a jamais trouvé plus profondément que dans les glandes sébacées et jamais dans les cheveux. Le Dr Thin, de Londres, rejette au contraire la théorie nerveuse car l'examen des cheveux lui a fait découvrir une bactérie qui se développe entre la gaîne de la racine et la racine du cheveu, et dans la racine elle-même, amenant ainsi la désorganisation du cheveu. Kaposi de Vienne, Schnimmer de Buda Pesth admettent au contraire la théorie nerveuse; Oscar Simon de Breslau admet deux formes, une nerveuse, une parasitaire (1).

De l'ensemble des observations que je viens de citer, on voit que les partisans de la nature névropathique de la pelade sont en majorité. D'ailleurs, les faits avancés par eux sont pour ainsi dire con-

(1) On trouvera cette intéressante discussion dans les Transactions of the International Medical Congres 1881 (Vol. III Page 158).

cluants ; nous avons d'abord l'anesthésie observée sur les aires d'alopécie (Liveing) son début à la suite d'une émotion vive, frayeur (Unna) d'un traumatisme (Erasmus Wilson). En outre, ceux qui avancent que la pelade est due à un parasite ne lui donnent pas exclusivement ce caractère ; où bien ils en font deux formes, une nerveuse, l'autre parasitaire (Simon, de Breslau) ou bien ils lui reconnaissent deux périodes, l'une pendant laquelle elle est parasitaire, l'autre pendant laquelle elle est trophonévrose (Hardy) et, ajoute ce dernier, il faut certaines causes prédisposantes pour en favoriser le développement, causes que d'ailleurs nous ne connaissons pas.

Il y a donc une grande tendance en faveur de l'origine névropathique de la pelade.

Il faut néanmoins reconnaître que les faits de contagion, observés par quelques auteurs, justifient bien les objections que l'on a dirigées contre la nature nerveuse de la pelade. Mais, à part le Dr Thin, qui a décrit une bactérie trouvée par lui sur les plaques alopéciques, aucun auteur n'a décrit le parasite de la maladie : néanmoins il faut attendre la confirmation de la découverte du médecin anglais.

Les auteurs qui combattent l'origine névropathique de la pelade, Buckner, Malassez, Courreges, Thin, Merklen, s'appuient sur ce fait que dans la grande majorité des cas, les aires alocépiques ne correspondent pas au trajet des filets nerveux, qu'on les trouve sur une seule plaque, sur une région innervée par deux nerfs. Cette objection peut être réfutée par l'anatomie, et surtout par l'anatomie de la peau, c'est-à-dire par la connaissance des plexus nerveux intra-dermiques qui permettent de se rendre compte des faits de sensibilité récurrente, lorsqu'un des nerfs de la région a été sectionné ou détruit. Aussi peut-on appliquer cette notion de physiologie à la pelade ; et sans croire à une névrite des deux nerfs, le frontal et l'occipital par exemple, on peut très bien admettre qu'un des deux soit atteint, que cette irritation, atteignant les filets terminaux, se propage par l'intermédiaire du plexus intra-dermique aux filets terminaux voisins. Qu'un homme vienne à voir tomber ses sourcils et sa barbe, sans qu'on puisse invoquer la syphilis ou le sycosis, on rattache, sans hésiter, cette alopécie à une trophonévrose ; pourquoi refuser à la peau du crâne ce qu'on accorde à la face? Aussi jusqu'à ce qu'on ait trouvé, décrit le champignon qui produirait ces plaques d'alopécie crânienne, on doit rapporter le pelade à une trophonévrose ; d'abord par les causes qui la produisent quelquefois, frayeur, traumatisme; ensuite par la guérison qu'on a obtenue à l'aide des courants électriques (Unna, Schevimmet), traitement qui serait sans effets sur les alopécies d'étiologie parasitaire.

Quant à la cause de la névropathie, elle nous échappe, et elle reste entourée d'obscurités comme toutes les alopécies soit goutteuse, soit sénile, soit celle qu'on observe chez les jeunes gens.

Voilà donc une maladie regardée jusqu'aujourd'hui comme parasitaire, classée comme telle et qu'on devra ranger dans un autre groupe. Par contre, nous devons passer en revue des maladies considérées comme constitutionnelles et qui sont engendrées par des parasites.

D'abord la *Lèpre*. Celle-ci, d'après les travaux de MM. Cornil, médecin de l'hôpital de la Pitié, et Suchard interne des hôpitaux, est causée par des parasites. Ces parasites consistent en des bâtonnets très nombreux, disposés en faisceaux et logés dans les cellules du tubercule dermique constituant le caractère de la maladie. Ces bactéries sont situées profondément et, tant que l'épiderme du lépreux est intact, il ne peut pas contagionner d'autres personnes.

De même le *Pemphigus* est dû à une bactérie, ainsi que M. Gibier l'a constaté. Le parasite dont il donne la description est une bactérie constituée par une série d'articles disposés en chapelets de deux millièmes et demi de millimètres. Le *furoncle* également, rangé par Hillairet dans les *dermatoses phlegmoneuses*, par Auspitz dans les *dermatoses neuritiques*, est une *dermatose parasitaire* causée par un microbe existant soit à l'état de germe, soit complètement développé dans l'air et dans l'eau et provenant des substances organiques en décomposition. Ce microbe découvert par Hueter (1874) a été l'objet d'une mémoire du Dr Lœwenberg (publié dans le *Progrès Médical* 1881) qui l'a rencontré dans l'oreille.

Pour compléter la série des maladies cutanées dues à des parasites, je citerai le *pityriasis circiné et marginé* dû au *microsporon anomœon* (ou microsporon dispar) découvert par le Dr Vidal, et qui se transmettrait des animaux à l'homme ainsi que l'auteur l'a observé, car il a vu deux malades travaillant dans l'industrie des plumes qui l'avaient contracté de cette façon.

Enfin, d'après Angelucci, de Rome, le psoriasis serait dû à une bactérie; et ce médecin aurait ainsi provoqué un psoriasis en appliquant des écailles de cette dermatose sur le bras d'une personne saine. On ne peut accepter ce fait qu'avec une très grande réserve ; il faut attendre d'autres preuves plus concluantes de la nature parasitaire et contagieuse du psoriasis, *non pas d'après l'inoculation* qui est une violation flagrante des lois humanitaires, mais d'après la découverte, au microscope, du parasite et par l'auto-inoculation, c'est-à-dire l'inoculation sur le malade lui-même.

Pour en revenir aux classifications, on voit quelles modifications profondes elles subiront au fur et à mesure que la clinique et l'anatomie pathologique viendront démontrer la relation qui existe entre les dermatoses et le système nerveux. En outre, si l'on considère les maladies que l'on croyait constitutionnelles, et qui ne sont dues qu'à des parasites, on arrivera à n'avoir plus que deux classes de maladies de la peau :

Dermatoses d'origine nerveuse ou névropathiques.

Dermatoses parasitaires.

Et l'on désignerait alors chacune d'elles par la forme de leurs manifestations cutanées; ainsi par exemple :

(1) *Annales de Dermatologie*, 1881 (N° 4. Page 653.)

LÈPRE, dermatose *parasitaire* tuberculeuse.
PEMPHIGUS, dermatose *parasitaire* bulleuse.
HERPÈS, dermatose *névropathique* vésiculeuse et ainsi de suite. *(à suivre).*

II

DE L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE.

De tout temps la question des hémorrhagies puerpérales a préoccupé le monde médical. En effet il n'est pas d'inquiétude plus grande dans la pratique obstétricale que l'imminence constante d'une hémorrhagie.

Cette question d'ailleurs est trop grave, trop intéressante et trop de tous les jours, pour qu'on ne doive pas chercher à l'élucider.

On sait comment on peut combattre et vaincre l'hémorrhagie pendant la grossesse, pendant le travail; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'hémorrhagie après l'accouchement, les moyens nombreux et variés mis en œuvre par les accoucheurs ne témoignent que trop de leur incertitude et de leur infidélité.

N'y a-t-il aucun espoir de trouver mieux? Voyons plutôt. Il faut d'abord admettre ce fait incontestable, à savoir, que les hémorrhagies *post partum* ne se présentent pas toutes de la même manière et n'exigent, par conséquent, pas un traitement identique.

L'hémorrhagie peut se produire avant ou après la délivrance, elle est active ou passive, c'est-à-dire primitive et foudroyante ou secondaire, inerte, tardive, si l'on veut, et ne faisant pas courir à l'accouchée un danger immédiat.

La première a lieu ordinairement dans les premiers moments qui suivent l'accouchement, c'est surtout après une application de forceps ou un accouchement laborieux que le sang coule à flots; l'utérus semble alors se débonder comme un tonneau; et, en quelques instants, l'accoucheur est en présence d'une malade pâle, froide, exsangue, dans un état syncopal voisin de la mort; et si jamais une rapide et efficace intervention peut faire pencher la balance entre la vie et la mort, c'est assurément à ce moment; ainsi, dans le cas d'une hémorrhagie foudroyante, on doit agir avec célérité et se servir des moyens les plus propres à enrayer un accident qui peut devenir mortel en peu de temps; ces moyens nous les indiquerons bientôt.

L'hémorrhagie secondaire n'arrive quelquefois que quelques heures après la délivrance ou à plusieurs jours d'intervalle et elle débute le plus souvent lentement. Dans ce cas, tout en préconisant des moyens actifs, l'accoucheur moins surpris, moins angoissé, a plus de temps pour agir et pour faire l'essai des remèdes que la science gynécologique met en son pouvoir.

Ainsi, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, qu'elle ait lieu par inertie de la matrice, défaut de régression, par congestion de l'organe, par la rétention de fragments du placenta, un cotylédon ou des restes de membranes, soit encore la déchirure du col utérin, dans tous les cas, il faut arrêter l'hémorrhagie le plus rapidement possible.

Si l'hémorrhagie persiste après l'accouchement, et avant la sortie du délivre, on doit, d'après le précepte unanime des auteurs, procéder au décollement du placenta et s'empresser de l'extraire, en tirant sur le cordon, et, si besoin est, en portant la main dans la matrice, il est rare que celle-ci, débarrassée des annexes du fœtus, ne se se contracte et que la perte ne cesse pour ne plus revenir. Une méthode, qui a prévalu dans ce cas, jugée fort utile dans ces derniers temps, et n'offrant aucun inconvénient, c'est l'administration d'un gramme de seigle ergoté en une ou deux prises immédiatement après la délivrance, et qu'on répète une heure après, afin de faire contracter autant qu'on peut la matrice.

Dans tous les cas la femme accouchée doit être, pendant plusieurs heures, l'objet de la surveillance la plus absolue; il faut la faire coucher horizontalement, c'est-à-dire à plat, les cuisses relevées, exciter, par des frictions avec la main et par la compression, l'utérus à se contracter; placer des linges propres sous le siège pour surveiller attentivement la perte qui se produit par la vulve.

Si, après avoir fait régulièrement l'extraction du délivre, donné tous les soins convenables, pour opérer le retrait de l'utérus et avoir pris toutes les précautions que réclament les suites immédiates des couches, la métrorrhagie se produit, il faut se hâter de l'arrêter.

Dans tous les cas, que l'hémorrhagie soit active et foudroyante, ou passive et lente, nous estimons que les moyens les plus prompts et les plus puissants pour la combattre sont: la *compression de l'aorte* et la *réfrigération*. Ces deux moyens combinés et agissant simultanément sont infaillibles; en effet, pendant une pratique de quarante ans, en ville et à la maternité, nous n'avons jamais eu d'insuccès à enregistrer.

De quoi s'agit-il, en effet? d'empêcher le sang d'arriver dans la matrice et de provoquer la contraction de cet organe; or la compression de l'aorte et l'application du froid remplissent ces deux indications et nous ne croyons pas qu'il y en ait de plus propres à les remplir. Voici comment nous procédons: nous comprimons avec une main l'artère aorte qu'on atteint facilement et faisons verser de l'eau froide dans ce creux produit par la pression de la main qui forme ainsi un cône renversé; on tient en même temps l'autre main plongée dans un vase d'eau froide, un instant après on retire la première main et on la remplace par celle qui est refroidie; ainsi de suite.

Or, voici ce qui se produit; en retirant la main qui opère la compression de l'aorte, l'eau, qui était contenue dans le creux, s'épanche, par l'élasticité des tissus, en nappe sur le bas ventre et sur le haut des cuisses et occasionne, en s'évaporant, un froid si sensible que les parturientes ne manquent jamais de l'accuser; il se produit, en effet, alors un frisson ou un saisissement analogue

à celui qui suit souvent la délivrance et qui indique que l'hémorrhagie a cessé.

Nous faisions autrefois pomper l'eau qui couvrait la main opérant la compression, avec une éponge ou un essuie-main, afin de ne pas mouiller la couche de l'accouchée ; mais nous préférons la faire mettre les jambes en dehors du lit, comme pour un accouchement laborieux ; alors l'eau s'écoule sans mouiller le linge. Il y a d'ailleurs avantage à laisser la malade à découvert durant cette opération.

On comprend comment ces deux moyens, la compression et le froid, doivent concourir et se compléter pour arrêter l'hémorrhagie. Car, en supposant que la compression ne soit pas complète, qu'une certaine quantité de sang continue à traverser l'aorte et que les artères utérines et ovariques fournissent encore un écoulement considérable, le froid n'agit-il pas ici comme le styptique le plus efficace ! En résumé, la méthode que nous préconisons, c'est-à-dire la compression et le froid employés simultanément, est une méthode simple et facile ; elle n'expose à aucun danger ; elle présente surtout cet avantage inappréciable, qu'un des moyens supplée à ce que l'autre peut avoir de défectueux. Je dois ajouter, que nous n'avons jamais été obligé de prolonger longtemps ce procédé : dix minutes, un quart d'heure au plus, ont toujours suffi pour triompher d'une hémorrhagie, quelle que fût sa violence. Nous évitons ainsi la douleur et les inconvénients que pourrait occasionner la compression pour le péritoine.

Ceci n'empêche en rien de recourir à un traitement interne ; de faire prendre quelques prises de seigle ergoté ou tel autre remède, comme aussi de recommander à l'accouchée de respirer largement, etc.. On a d'ailleurs tout le temps, en cas de craintes d'un retour de l'hémorrhagie, d'employer les autres moyens que la science a préconisés. Ces craintes sont surtout justifiées, quand l'hémorrhagie est due à des causes générales, qu'il faut agir sur la plasticité et la contitution même du sang altéré par des maladies constitutionnelles.

Nous concluons donc que si, jusqu'à ce jour, les moyens qu'on a employés, pour triompher de l'hémorrhagie post-puerpérale, sont parfois inefficaces, c'est qu'on ne s'est préoccupé que d'un seul moyen, au lieu de recourir au même moment à la combinaison de plusieurs ; et que, tandis qu'un accoucheur préconisait la compression sans le froid, un autre accoucheur, le froid sans la compression, ils restaient tous les deux au dessous de l'indication à remplir.

Cette méthode d'ailleurs nous a toujours paru si simple et d'une application si facile qu'on nous pardonnera de l'avoir décrite si minutieusement.

Dr Ebrard (*de Nîmes*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

L'exercice de la pharmacie (1).

Nous disions, dans notre dernière lettre, que le pharmacien devait, pour vivre, se préoccuper d'acheter *bon marché* et qu'il était amené forcément à substituer, aux marques prescrites par le médecin, d'autres marques, plus ou moins authentiques, qui lui laissaient un bénéfice beaucoup plus large.

Les exemples particuliers nous conduiraient trop loin, nous n'insisterons donc pas. Ce ne sont pas, d'ailleurs, des faits contestés ; tous, parmi les médecins, connaissent des histoires de ce genre, et les pharmaciens eux-mêmes les racontent sous le manteau de la cheminée.

Nous nous bornons à demander aux pharmaciens s'ils ne trouvent pas répréhensibles les substitutions de ce genre ? Et si, *tout haut*, ils les désapprouvent, nous leur demanderons pourquoi, dans aucun des projets de loi par eux rédigés, le cas n'est pas prévu ? pourquoi aucune pénalité n'est édictée ?

Leur langage, *tout bas*, ne serait-il donc plus le même, et cette unanimité dans l'oubli serait-elle volontaire ?

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question : les économies réalisées sur les achats et les substitutions d'un médicament à un autre ne peuvent suffire — il faut aussi diminuer les pertes.

Des substances s'altèrent... il faut pousser à la consommation, et alors *la libre vente du médicament* joue un grand rôle, on le conçoit. La vente directe au public est-elle devenue impossible ?... On a d'autres moyens, — les sirops fermentés ne se jettent pas, et le sirop antiscorbutique, cette *cloaca maxima* des officines, est là pour les recevoir tous.

Tous ces abus ont lieu au su de tous, et nous ne voyons guère, pour les ignorer, que les fameuses commissions de surveillance.

Si de la ville nous passons à la campagne, nous voyons les faits s'aggraver puisque, la plupart du temps, le débit est moindre, les communications avec les grands centres d'approvisionnement moins faciles et les clients moins susceptibles, sans parler des médecins eux-mêmes qui, en raison des difficultés qu'ils connaissent, se montrent plus coulants.

L'exercice de la pharmacie satisfaisant dans les

(1) Voir le numéro du 30 septembre 1882.

grandes officines, devient médiocre ou mauvais dans les petites officines de province, et tout à fait exécrable dans les pharmacies des campagnes.

Et malgré cela, la situation des pharmaciens est précaire.

Faut-il parler de l'envahissement toujours croissant du diplôme inférieur? Les pharmaciens de première classe deviennent une rareté, et nous concevons parfaitement que leur nombre diminue de jour en jour, car la situation de la pharmacie n'est guère faite pour tenter actuellement les jeunes diplômés.

On nous dira sans doute que la pharmacie n'a rien de commun avec le latin et le grec et qu'on peut être excellent préparateur sans avoir passé par la rhétorique et la philosophie — nous en convenons, mais d'une manière générale nous devons dire que grade inférieur et savoir moindre vont ensemble: nous ajouterons, même, sans crainte de nous tromper, qu'on respecte d'autant moins un diplôme qu'on a eu moins de mal à l'acquérir.

Sous l'influence de toutes ces causes, le pharmacien est devenu généralement un simple commerçant et la pharmacie un commerce qui a ses écarts.

Nous ne voudrions pas qu'on pût prêter à ces dernières paroles un sens que nous ne leur donnons pas; aussi, nos confrères nous permettront-ils de nous expliquer: c'est le plus souvent d'une façon inconsciente que le pharmacien commet les actes que nous lui reprochons.

Il ne se munit pas de la marque X*** parce qu'elle est trop chère et prend la marque Y*** qui lui laisse un plus grand bénéfice. — Cela n'est-il pas naturel?

Un client vient avec une prescription portant marque X***; le pharmacien qui n'a pas cette marque et pense que le médicament est nécessaire, puisque le médecin l'a ordonné, donnera la marque qu'il possède — cela est-il un bien grand crime?

Et pourtant, nous, médecins, ne sommes-nous pas fondés à dire que le pharmacien, qui donne la marque Y*** quand nous avons prescrit la marque X***, a commis une action déloyale? — Notre préférence est raisonnée et si nous conseillons la marque X***, c'est que cette marque a gagné notre confiance, que nous savons pouvoir compter sur elle.

Le pharmacien, lui, ignore ces détails; il n'a d'autre raison pour préférer une marque à l'autre que le gain plus grand qu'il en peut retirer; et, si le médecin risque une observation, il est tenté de le regarder comme un original, sinon comme n ennemi.

Quoi qu'il en soit, de l'aveu de tous, la situation est intolérable, et il convient d'y porter remède. Voyons donc quels sont les moyens proposés, car nous désirons sincèrement un état de choses meilleur.

Que les pharmaciens le croient bien, ce n'est pas pour le vain plaisir de les taquiner que nous soulevons la question *médecine et pharmacie*. Nous nous élevons au-dessus d'une mesquine jalousie professionnelle et voyons la question de plus haut: si nous sommes obligé d'insister sur des faits particuliers, c'est que nous tenons à justifier nos allégations.

Mais nous soutenons que le médecin a la parole lorsqu'on parle pharmacie, nous disons que les questions de pharmacie ne sont pas choses du pharmacien seul et nous croyons avoir le droit, puisqu'on nous impose le pharmacien comme aide indispensable, d'indiquer quelles peuvent être, à notre avis, nos relations légales avec lui.

Dans les remèdes proposés, il en est qui ne méritent pas la discussion : ce n'est pas une solution que prolonger l'état actuel sous une forme ou sous une autre. Nous admettons, avec nombre de pharmaciens d'ailleurs, qu'il faut à la question une solution radicale et nous ne nous occuperons ici que des projets de réforme sérieux.

Parmi ces projets, la limitation légale des officines vient en première ligne, et c'est à elle que nous consacrerons notre prochaine étude.

D[r] Gassot.

P. S. Dans le n° du 25 novembre dernier, le D[r] Lachize, de la Demi-Lune, consacre un long article à cette question médecine et pharmacie, combattant la solution que nous n'avons cessé de préconiser. — Nous l'assurons que nous n'avons rien vu de personnel dans son article, et nous le prierons, à son tour, de ne voir dans nos réponses (car nous le prendrons plus d'une fois à partie), que le désir d'élucider le problème en question.

Nous ne répondrons pas aujourd'hui au D[r] Lachize qui, ainsi que le lui a fait remarquer notre confrère et ami Geoffroy, ne paraît guère se douter de la façon dont le médecin de campagne, isolé de toute officine, exerce légalement la pharmacie.

Nous ne voulons relever qu'une seule de ses assertions: celle où il prétend que, pour donner au médecin, porteur du double diplôme ou du diplôme unique futur, le droit de cumuler les deux professions, il faudrait décréter « que le médecin pharmacien sera d'une honnêteté et d'un désintéressement à toute épreuve. »

C'est là, qu'il nous permette de le lui dire, un argument auquel nous sommes habitué, venant des pharmaciens, mais qui ne laisse pas que de nous étonner venant d'un médecin. Le D[r] Lachize ignore-t-il donc que, parmi ses confrères, il en est, et beaucoup, qui font médecine et pharmacie *avec une honnêteté et un désintéressement à toute épreuve*? et que, pour agir de la sorte, ils n'ont besoin que d'avoir le respect d'eux-mêmes?

Nous ne ferons jamais au D[r] Lachize l'injure de croire qu'il ne se sentirait pas capable d'exercer honnêtement à la fois la médecine et la pharmacie si les circonstances l'obligeaient à le faire, nous sommes donc quelque peu surpris de lui voir ex-

primer, au sujet de ses confrères, un sentiment qu'il ne saurait justifier.

Nous sommes convaincu, pour notre part, que le Dr Lachize, ne se souciant en aucune façon de faire de la pharmacie, et pensant que la plupart des médecins ne s'en soucient pas davantage, s'est laissé emporter, dans son ardeur, plus loin qu'il ne le pensait. Nous croyons que, tout le premier, il regrettera d'avoir usé d'un argument contre lequel proteste hautement notre conscience de gens honnêtes et honorables, et qui ne peut avoir eu d'autre effet que de réjouir quelques pharmaciens.

Dr A. G.

II

SERVICE MILITAIRE DE SANTÉ.

— Les médecins civils devant la loi militaire.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans votre dernier numéro, vous publiez une excellente lettre signée Gilles de la Tourette, dans laquelle cet interne des hôpitaux plaide, et avec raison, la cause militaire de l'internat en médecine. Mais il parle un peu trop *pro domo sua*.

N'y a-t-il que cela à reprendre dans l'organisation du Corps médical de réserve et ne trouvez-vous pas bon de signaler à M. le ministre de la guerre toutes les réformes qu'on pourrait utilement y faire ? Le moment est propice, le général Billot paraît ici, comme dans les autres branches de l'armée, ne pas vouloir suivre les errements de ses prédécesseurs; il a appliqué la nouvelle loi sur l'autonomie du Corps de santé avec une largesse d'idées qui fait honneur à son caractère libéral; aussi croyons-nous qu'il soumettra avec bienveillance aux délibérations du nouveau Comité consultatif de santé, les réformes qu'il croira utile d'accomplir dans le Corps auxiliaire des médecins, si les défauts de l'organisation lui sont signalés. La Presse médicale, et à ce titre votre estimable journal le premier, me paraît le porte-voix indiqué de ces réclamations.

Le cadre de tous les officiers de réserve et de l'armée territoriale comporte une hiérarchie. Seuls, les médecins de réserve ne peuvent aspirer qu'à l'équivalence du grade de sous-lieutenant, et eux, pourtant, de tout le cadre auxiliaire, sont seuls, au point de vue des connaissances techniques, à *la hauteur* de leurs collègues militaires. Pourquoi un ingénieur, un commerçant ou un employé quelconque peut-il devenir capitaine et, à ce titre, donner des ordres à un lieutenant blanchi sous le harnais, ou ancien élève de Saint-Cyr ou de polytechnique, alors que le médecin civil âgé de 39 ou de 40 ans, ayant 10 ou 15 ans d'exercice, opérera sous la direction d'un jeune homme de 25 ans, sorti depuis deux ans du Val-de-Grâce. Et ici, remarquez-le bien, je prends le cas le plus habituel, mais quand, au lieu de praticien ordinaire on mettra un médecin des hôpitaux ou un agrégé de la Faculté sous la direction d'un débutant, on commettra une monstruosité qui ne peut se justifier à aucun titre.

Comme conclusion, il faudrait que deux ou trois ans après avoir été reçu docteur ou *interne des hôpitaux* et par conséquent nommé aide-major de 2e classe, on passât au grade d'aide-major de 1re classe, et au bout de cinq ou six ans de cette fonction, à celle de major de 2e classe. Cela mettrait, vers l'âge de 35 ans, les médecins civils à peu près sur le même pied que leurs confrères militaires. Il faudrait, en outre, que les médecins des hôpitaux et agrégés de la Faculté fussent nommés majors de 1re classe aussitôt qu'ils auraient passé dans les autres grades le temps exigé par la loi d'avancement (encore à faire).

Les corps des ingénieurs de l'État, des agents forestiers, et en général de tous les fonctionnaires (finances, chemins de fer, etc.), susceptibles d'êtres mobilisés, ont une hiérarchie militaire qui correspond à la hiérarchie civile; pourquoi les agrégés de médecine, fonctionnaires de l'Etat ne pourraient-ils acquérir un grade dans le service de santé équivalent à celui que l'ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, des mines ou même des tabacs, peut obtenir dans le génie ou dans l'artillerie ?

Il est vrai qu'à ce moment-là beaucoup d'intéressés seraient sur le point d'atteindre leur quarantième année et d'être rayés du cadre. Mais M. le Ministre de la guerre, qui fait demander chaque année aux médecins âgés de 40 ans s'ils veulent rester dans l'armée, ne pense-t-il pas qu'il en retiendrait peut-être un certain nombre s'il les mettait à la hauteur de leur tâche, non par l'amour du galon, mais par la certitude de pouvoir remplir avec dignité, dans un moment de danger, une mission utile et sérieuse pour la défense du pays ?

Espèrant, M. le Rédacteur en chef, que votre journal voudra bien accueillir ces observations, et peut-être même les appuyer, je vous prie Monsieur, d'accepter mes remerciments anticipés.

Un aide-major de 2e classe de la réserve.

(Progrès médical).

III

COMPLÉMEMT A LA LOI ROUSSEL.

Le Gâtinais est encombré de *Parisiens* élevés au biberon et, par conséquent voués à une mort à peu près certaine.

Très mal soignés par leurs nourriciers, ils seraient délaissés des médecins sans le feu sacré qui les soutient et les pousse à tous les dévouements. En effet, sur dix nourrissons pour lesquels le médecin est appelé, *il n'est pas payé pour deux*. Et pourtant il marche toujours, en grognant parfois, mais enfin il marche, prodiguant son temps, ses soins et ses médicaments ! !

Pourquoi la loi Roussel ne comporterait-elle pas un article supplémentaire ainsi conçu : «Pour « tout enfant placé en nourrice, il sera déposé à « la mairie de la commune habitée par les nourriciers, une somme de vingt francs destinée à « assurer à cet enfant les soins médicaux dont il « pourra avoir besoin. » S'ils n'ont pas été employés, ces vingt francs feront retour à la famille au moment du retrait de l'enfant. Dr Bertelot.

Ancien médecin, inspecteur cantonal du service des Enfants-assistés du Gard.

COURRIER

I

Observation d'Hygroma.

Le B..., âgé de quarante ans, porte au genou droit un hygroma de la bourse prérotulienne. La tumeur remonte à dix ans, et le malade en attribue l'origine à la position à genoux qu'il garda une journée entière.

Le développement de cet hygroma fut lent, jusqu'à l'année dernière. Depuis cette époque, il a grossi beaucoup plus rapidement, et, aujourd'hui, il présente le volume d'une tête de fœtus à terme.

De forme sphérique, légèrement déjetée en dehors, mobile sous la peau et sur les parties sous-jacentes, la tumeur est indolente, excepté le soir, après le travail; sa consistance est molle, sauf en haut, où la coque offre une dureté cartilagineuse, sur une étendue égale à une pièce de deux francs.

Enfin, de grosses veines, du volume d'une plume de corbeau, sillonnent la peau du genou.

Devant un homme qui nous réclamait une opération à tout prix, nous nous sommes longtemps demandé à quel procédé nous aurions recours pour le délivrer de son infirmité. Un seul nous souriait, à vrai dire, l'extirpation. Mais quel est le jeune chirurgien qui n'hésiterait, sachant la frayeur que professait Chassaignac pour ce mode opératoire ?

Encouragé par un confrère expérimenté, le Dr Daguilhon, nous résolûmes cependant l'ablation.

Incision de la peau, parallèle à l'axe du membre, sur toute la longueur de la tumeur, en évitant les veines volumineuses sus-indiquées. Le lambeau est, de chaque côté, disséqué de façon à contenir dans son épaisseur tous les vaisseaux qui pourraient donner une hémorrhagie gênante. Le tissu cellulaire sous-cutané est partout très lâche; seulement, au point où la poche a la consistance cartilagineuse, la peau et la tumeur sont unies par une bride fibreuse, très dure.

La dissection fut assez longue, en raison des surfaces à détacher.

La tumeur énucléée, par sa forme et sa couleur, ressemblait à ces ballons rouges qui servent de jouet aux enfants. L'épaisseur de l'enveloppe fibreuse était d'un millimètre environ; la plaque cartilagineuse de la partie supérieure présentait une épaisseur d'un centimètre.

Le liquide contenu était blanc, laiteux, trouble; on y trouva, nageant en liberté, un corps gros comme une amende, ayant l'aspect et la consistance de lait coagulé.

Suture de la peau, après un lavage minutieux; plusieurs couches d'ouate furent enroulées autour du genou.

Lorsqu'on enleva le pansement, au bout de huit jours, la cicatrisation était presque complète; il n'y eut pas trace de suppuration et, quoi qu'en dise Fort, dans sa Pathologie chirurgicale, le malade fut guéri sans adhérence de la peau à la rotule.

Dr Langlais (*de Pontivy.*)

II

Le Goudron dans les affections de la peau.

Mon cher Directeur,

Dans les affections de la peau, les affections à formes humides surtout, les poudres isolantes de leur côté, le goudron du sien, donnent de grands résulats : j'ai eu l'idée de réunir ces deux médications en divisant le goudron par une des poudres communement employées, amidon, lycopode, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc. Pendant la dernière saison thermale, j'ai deux fois essayé mon procédé: dans un eczéma des doigts de pied j'ai eu un beau succès, dans un eczema des jambes le malade est parti trop vite, je n'ai plus eu de ses nouvelles, mais, avant son départ, le résultat me semblait encourageant.

Voici les formules que je propose :

1.	Goudron	10 grammes
	Amidon	110 grammes.
2.	Goudron	1 gramme
	Sous-nitrate de bismuth	10 grammes.
3.	Goudron	1 gramme
	Oxyde de zinc	9 grammes.
4.	Goudron	1 gramme
	Oxyde de zinc	4,50 grammes
	Amidon	4,50 grammes.

J'expérimenterai aussitôt que l'occasion s'en présentera.

Si vous jugez que mon idée vaille la peine que nos confrères du CONCOURS en aient la primeur! ! — je serai heureux que quelques uns d'entre eux complètent et contrôlent mes expériences.

Recevez, etc. Dr Veyrières.

III

Traitement de l'Orchite.

M. le Directeur,

Je venais de lire un article du Dr Arsène Drouet, «*Guérison radicale de l'orchite, par un badigeon inguinal phéniqué,*» quand je reçus la visite d'un malade atteint *d'orchite blennorrhagique*; cet homme souffrait beaucoup, *avait passé deux nuits sans dormir*. Je profitai de l'occasion pour essayer ce traitement qui me paraissait digne d'attention.

Le 7 septembre dernier je fis, sur le trajet du cordon, un premier badigeonnage d'environ 4 centimètres de largeur sur 8 à 9 de longueur avec:

Acide phénique pur	9 grammes.
Alcool	1 gramme.

Douleur très vive, calmée presque aussitôt par des compresses mouillées — *nuit bonne.*

8 septembre 2me badigeonnage — il y a de l'embarras gastrique: ipéca, sulfate de magnésie.

10, 3me badigeonnage, opiat contre la blennorrhagie.

12, en allant le voir l'après-midi, je le trouve levé, habillé, ayant fait une sortie dans la matinée; quatrième badigeonnage par précaution — recommandé de porter un suspensoir et de se ménager.

Le 22, ce garçon vient régler son compte avant de partir. Depuis le 13, il a repris son service de valet de chambre, un peu fatigué seulement les deux ou trois premiers jours. Aujourd'hui l'épididyme est encore un peu gros, mais complètement indolent.

Les badigeonnages ont été très douloureux, mais l'eau froide a calmé rapidement; après ce premier moment réellement très pénible, il reste une douleur assez prononcée pendant près d'une heure.

Ce résultat m'a paru merveilleux; il est conforme d'ailleurs aux observations que donne le Dr Drouet.

J'ai traité bien des orchites, mais je n'ai jamais eu une guérison aussi rapide, c'est ce qui m'engage à vous adresser cette observation.

Agréez, etc...

Dr Lemaire (*du Tréport*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

UNISSONS-NOUS.

Un Syndicat en projet.

Enfin! le sort en est jeté! Et ce nom si effrayant des SYNDICATS MÉDICAUX est écrit tout au long dans les colonnes de l'*Union médicale*. Sans doute, il a dû en coûter à notre honorable confrère le Dr Ch. Eloy de prononcer et d'écrire ce mot dans les colonnes d'un journal qui, jusqu'à ce jour, n'a juré que par l'Association. Que voulez-vous? les temps sont changeants, et nous sommes particulièrement heureux de voir notre confrère reconnaître que les Syndicats sont « *utiles assurément.* » Pouvons-nous lui demander davantage pour le moment? Non sans doute; et, sous le bénéfice des observations que nous avons présentées dans le précédent article au sujet du but poursuivi par les Syndicats et par l'Association, nous nous associerons, avec lui, aux réflexions suivantes empruntées au rédacteur de la *Loire médicale*: « Le « nombre et l'union, dans l'ordre moral comme dans « l'ordre physique, aujourd'hui comme toujours, font la « force et la puissance dans ce monde; les médecins fe- « ront bien de pas l'oublier. »

C'est pour cela que nous ne saurions trop engager nos confrères à se grouper et à unir leurs efforts qui doivent toujours tendre à l'amélioration des conditions dans lesquelles se pratique notre art. Loin de nous la pensée d'atténuer les services qu'a rendus et que peut rendre encore l'Association générale des médecins de France en se renfermant dans la sphère d'action que lui ont tracé ses statuts. Mais elle ne saurait, nous l'avons démontré ailleurs, s'occuper de tous les détails de l'exercice de la médecine et surtout des intérêts matériels, si souvent en souffrance, du modeste praticien: aussitôt que nous abordons ce terrain, nous entrons dans le domaine des Syndicats. Mais pour être distinctes, les deux institutions n'en ont pas moins des points de contact nombreux et une solidarité qu'on ne doit pas méconnaître.

Et s'il arrivait que des membres des Syndicats, impatients du peu de résultats obtenus par l'Association depuis l'époque de sa fondation jusqu'à ce jour, voulussent s'éloigner d'elle, nous insisterions de toutes nos forces pour les dissuader d'agir ainsi; nous les conjurerions d'éviter, avec le plus grand soin, tout ce qui pourrait être prétexte à une division parmi les membres du corps médical. Nous avons de trop graves intérêts à débattre, des revendications trop légitimes à poursuivre, pour qu'il nous soit permis de négliger aucune des forces dont nous pouvons disposer.

Non seulement, en effet, nous ne sommes pas suffisamment défendus par la législation actuelle contre les envahissements de notre carrière, mais encore nous voyons ceux dont la concurrence est la plus efficace élever des prétentions chaque jour plus exorbitantes: nous voulons parler des pharmaciens. Pendant que nous discutons, ils agissent, et, sans se préoccuper de l'histoire du *lièvre* et du *civet* que rappelle notre confrère le Dr Ch. Eloy, dans l'article auquel nous faisons allusion plus haut, ils organisent le Syndicat professionnel des Pharmaciens français et rédigent les articles d'un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. Ce projet de loi qui a réuni plus de quinze-cents adhésions dans l'espace de quelques semaines, doit être soumis aux Chambres. Appel aux pharmaciens, avertissement, projet de loi avec commentaires, statuts: tout cela se trouve dans une brochure, sortant de l'imprimerie Félix Malteste, qui est venu, je ne sais trop comment, s'égarer sur mon bureau.

« Le Syndicat, est-il écrit dans cet opuscule, page 7, n'a « pas à faire œuvre personnelle. Il a sondé le terrain du « côté du pouvoir, du côté du public et, après maints « remaniements, il a fait entrer dans son travail tout ce « qu'il a jugé possible de faire accepter. »

Ainsi on a tâté le public et le pouvoir et on a l'espoir de faire accepter tout ce qui figure au projet. Je sais bien que souvent la distance est grande de la coupe aux lèvres, et j'espère bien que ledit projet trouvera au Parlement des obstacles sur lesquels MM. les pharmaciens ne paraissent pas compter.

Est-il bien certain qu'ils aient sondé le terrain du côté du pouvoir et qu'ils aient reçu des encouragements quand ils ont inscrit dans leur programme comme minimum de leur *desiderata*: « la liberté *pour le pharmacien*, sous « la responsabilité et la garantie de son diplôme, de vendre « au public tous les médicaments qui lui seraient de- « mandés? » Et considérez bien qu'on a soin d'ajouter en note: « Ne pas confondre avec la formule Exercice « libre sous la garantie du diplôme et des lois de droit « commun. »

Non: les lois de droit commun ne sauraient leur suffire: il faut pour eux le monopole de la vente, et de plus, le droit d'envahir les attributions du médecin. Ils

ont bien soin d'établir (Art. 14 du projet en question), que les médecins et vétérinaires brevetés, résidant dans les communes où il n'y a pas d'officine, pourront fournir - s médicaments à ceux de leur malades dont le domicile sera distant d'au moins huit kilomètres d'une pharmacie. Ainsi si votre client n'est pas à huit kilomètres d'une pharmacie, il ne vous sera pas loisible, cher confrère, de lui délivrer pour deux sous d'onguent gris ou de la poudre des Capucins. Mais, en revanche « les phar- « maciens pourront délivrer, sur la demande de l'ache- « teur et sous leur responsabilité, tous les médicaments « simples ou composés pour la médecine humaine ou vé- « térinaire; cependant ils ue pourront débiter ou vendre « EN NATURE certaines substances réputées dange- « reuses dont le tabeau est annexé au précieux projet de « loi. » Ainsi votre ordonuance deviendra complètement inutile : la demande formulée par le premier venu ne suffira-t-elle pas ! — Et la responsabilité du pharmacien ? direz-vous. — Et de quelle responsabilité voulez-vous parler? n'a-t-il pas le droit de tout vendre et pouvez-vous lui demander autre chose que de vous garantir la *qualité de la chose vendue.* — Je me trompe : il est des substances qu'il ne doit pas vendre en NATURE. Mais quelles sont ces substances? — Voyez le tableau annexé, pages 26 et 27 : Eh bien il n'arrive pas une fois sur cent que ces substances soient demandées *en nature* : elles entrent toujours dans des préparations connues de ceux qui peuvent les demander et que, dans tous les cas, le pharmacien intéressé saura bien faire connaître. Et pour qu'on ne puisse s'y méprendre, les rédacteurs de l'opuscule en question ont bien soin d'ajouter, dans leur commentaire, les lignes suivantes : « Nous ferons remarquer « que ce simple mot « *en nature* » et la composition du « tableau permettront d'accéder d'une façon presque « illimitée aux désirs de la clientèle. » Dites donc d'une façon absolument illimitée, à quoi bon se gêner?

Ainsi, dans cet âge d'or de la pharmacie, chacun pourra, à sa guise, suivre le traitement qui lui conviendra; il n'aura qu'à demander au pharmacien le médicament de son choix, qu'il soit utile ou nuisible, peu importe; n'aura-t-il pas la liberté de choisir à sa fantaisie, voire même de s'empoisonner? Et puis le pharmacien ne sera-t-il pas là pour le guider dans son choix?

Vous avez vieilli au chevet des malades, cherchant chaque jour à élucider les mystérieuses questions des indications dans les maladies. A quoi bon recourir à vos conseils dictés par une longue expérience? Est-ce que ce jeune homme qui est toujours au milieu des drogues ne sait pas mieux que vous celle qu'il faudra à votre client? Laissez-lui donc la liberté de débiter sa marchandise à qui la voudra et comme il l'entendra, sans cela il vous accusera, pour employer toujours les termes des commentaires du projet (page 17), de proscrire toute initiative et de méconnaître les droits du public.

Telle est la situation. Nous ne voulons pas être alarmiste et prétendre qu'il y a là un danger sérieux pour l'avenir du corps medical. Nous sommes trop convaincus que de semblables rêveries ne sauraient prendre un corps, pour nous inquiéter sérieusement de ce qui pourra survenir. Mais, du moins, nous devons en tirer un enseignement qui est celui-ci : veillons et agissons.

On a vu que le mouvement qui pousse le corps médical à se concerter s'est prodigieusement accentué depuis un an. Il s'accentue chaque jour; de nouveaux Syndicats vont encore se former : les anciens mettent à leur ordre du jour l'étude des questions les plus importantes et le moment approche ou l'union, la coordination de toutes ces forces, — aujourd'hui éparses, — amènera l'amélioration si ardemment souhaitée de la situation du corps médical français. Dr A. BARAT-DULAURIER.

Ex-interne des hôpitaux de Paris, Secrétaire de la Commission générale des Syndicats.

II

SYNDICAT DE LA RÉGION NORD DU DÉPARTEMENT DU CHER

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser le compte-rendu de la séance dans laquelle les médecins de la région nord du département du Cher ont procédé à la création d'un syndicat.

Les docteurs Durand de St-Martin-d'Auxigny, Deroin de Veaugues, Courrèges des Aix-d'Angillon prenant l'initiative de la formation d'un syndicat dans la région nord du département, ont fait appel à tous les praticiens de l'arrondissement de Sancerre et aux médecins des cantons de Saint-Martin, de Baugy, de Mehum et des Aix appartenant à l'arrondissement de Bourges.

A cet appel, en vue d'une réunion préparatoire à Henrichemont, ont répondu d'une façon affirmative,

MM. les Docteurs :

Boucher,	de Sancergues;
Decencière,	de Sancergues;
Berthaut,	de Sancerre;
Chamaillard,	de Sancerre;
Dernouch,	de Jars;
Manceau,	de Léré;
Ravier,	de Savigny-en-Léré;
Perussault,	d'Henrichemont;
Castay,	d'Henrichemont;
Merault,	de Mehun-sur-Jèvre;
Trudeau,	de Mehun-sur-Jèvre;
Durand,	de Saint-Martin-d'Auxigny;
Deroin,	de Veaugues;
Gressin,	d'Aubigny;
Courrèges,	des Aix-d'Angillon.

Assistaient à la réunion préparatoire.

M. Durand, Deroin, Demouch, Castay, Périssault, Decencière, Gressin, Ravier et Courrèges.

S'étaient fait représenter ou avaient adressé leur adhésion écrite : MM. Berthaut, Chamaillard, Monceau, Mérault, Trudeau et Boucher.

MM. Vivier de Sancerre, Maydlen d'Argent, et Grand-Jean d'Aubigny ont refusé de faire partie du syndicat.

N'ont pas répondu MM. Souesme, Plains et Boyer.

Ont adhéré conditionnellement MM. Sainjon et Mouries de Baugy.

La séance est ouverte dans une salle de la mairie d'Henrichemont, le lundi 27 novembre à midi, sous la pésidence de M. le Docteur Deroin, le plus âgé des membres qui ont pris l'initiative de la convocation : il expose en quelques mots le but de la réunion. M. le Docteur Courrèges, secrétaire provisoire, soumet ensuite, sauf quelques modifications de détail, à la révision les statuts

acceptés par le syndicat de Thonon, contenus dans le numéro du *Concours médical* du 2 septembre 1882. Les statuts sont acceptés avec quelques réserves motivées par des raisons locales.

Il est ensuite procédé à l'élection de la Chambre syndicale.

Sont élus: *Président*, le Dr PÉRUSSAULT.

Secrétaires Trésoriers, le Dr COURRÈGES.

Syndics, le Dr NECERNIÈRE, le Dr GRESSIN.

L'assemblée fixe comme date de sa réunion générale le troisième lundi de mars à Henrichemont, et charge M. le secrétaire des soins de la convocation.

L'ordre du jour est ainsi réglé.

1o Tarificatioms.

2o Rapports des médecins entre eux et des médecins avec leurs clients.

3o Médecine cantonale : Inspection des nourrices. Il sera envoyé à tous les membres du syndicat, par les soins de la Chambre syndicale un questionnaire relatif à ces diverses questions à traiter.

Tous les membres, présents à cette réunion, mon cher Coufrère, sont depuis plus ou moins longtemps adhérents au *Concours médical*, sauf les trois dont je vous adresse ci-incluse l'adhésion signée.

Ils seront heureux de recevoir le *Concours* et de s'associer à l'œuvre commune de protection professionnelle que vous poursuivez.

Agréez,

Dr COURRÈGES.

Secrétaire du syndicat médical de la région nord du département du Cher.

III

SYNDICAT DE L'ARRONDISSEMENT DE BRIGNOLES, (VAR).

Monsieur et cher Confrère,

J'ai la satisfaction de vous annoncer que nos efforts ont enfin été couronnés par le succès. Hier, 30 novembre a eu lieu la constitution définitive du syndicat médical de l'arrondissement de Brignoles. Tous les médecins, à l'exception d'un seul, ont répondu à notre appel et cet empressement nous prouve l'utilité de l'association que nous venons de fonder. Il va sans dire que la vaillante phalange du *Concours médical* n'a pas été oubliée, et c'est avec plaisir que je vous exprime les sentiments de reconnaissance de mes confrères.

Voici la composition de notre *Syndicat*.

Président, M. le Dr BÉGUIN à Laroquebrussame.

Vice-President, Dr PATTRITE, à Brignoles.

Secrétaire, Dr TROTOBAS, à Garéoult.

Syndic, Dr GUIGUE, à Saint-Maximin.

Notre président, M. le Dr Béguin, quoique n'exerçant plus la médecine a voulu participer à nos travaux et il vous serait bien reconnaissant si vous vouliez l'inscrire comme membre du *Concours*.

Recevez, etc. Dr TROTOBAS.

IV

SYNDICAT DE VOIRON (ISÈRE).

Le syndicat de *Voiron* est fondé: il comprend dix-huit membres.

Le bureau est ainsi constitué:

Président: Dr GERIN de Rrives.

Trésorier: Dr BOUCHER de Voiron.

Secrétaire: Dr PONTET du Grand-Lemps.

Quant au *syndicat de l'Isère, desinit in piscem*; parce que sur un mot d'ordre venu de Paris, le président de la Société locale a refusé de mettre la question à l'ordre du jour.

Je pense que les membres du syndicat qui ne font pas encore partie du *Concours* vous enverront sous peu leur adhésion.

Veuillez agréer nos salutations confraternelles.

Dr BOUCHER.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'internat s'est terminé mercredi soir. Ont été nommés :

A. Internes titulaires : MM.

1. Halié, Charles, Barbier, Dubief, Brunon, Mérigot de Treigny, Barbillion, Denucé, Boiffin, Guillet.

11. Notta, Ménétrier, Clado, Crespin, Carlier, Florand, Roger, Cayla, Belin, Largeau.

21. Moussous, Varnier, Blanc, Chaslin, Festal, Jeanton, Delon, Gellé, Lubet-Barbon, Renaud.

31. Lormand, Gilly, Toupet, Vigneron, Pignol, Berbez, Achard, Dubreuilh, Blocq, Weber.

41. Broussolle, Vallin, Braine, Bouttier, Schachmann et Berthod.

B. Internes provisoires : MM.

1. Hischmann, Potoki, de Tornery, Budor, Belin (Joseph), Aurière, Martin de Gimard, Favrel, Raymond, Thouvenet.

11. Demoulin, Derville, Lauth, Jeanselme, Wins, Champeil, Leclerq, Crivelli, Engelbach, Chochon-Latouche.

21. Despréaux, Villar, Didier, Ribeton, Jacquet, Cahn, Godet, Girode, Rossein, Dumoret.

31. Demars, Peraire, Duroselle, Lavie, Lepage, Costilhes, Duchon-Doris, Bucquet, Camescasse, Berne.

41. Butruille, Dautel, Leflaive, Courtade, Gomet, Lévy.

BIBLIOGRAPHIE

Les Vénériens des champs et la prostitution à la campagne, par le Dr LARDIER, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers. Paris, Doin, 1882. (in-12).

Othologie, Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic par le Dr BARATOUX, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, Professeur libre des maladies des oreilles, du nez et du larynx. Paris, Coccoz, rue de l'Ancienne-Comédie.

Note sur la réduction de la luxation du pouce en arrière au moyen des manœuvres de douceur, par le Dr GUERMONPREZ (de *Fives-Lille*) Paris, A. Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

Constitution médicale de Cannes pendant l'année 1881-1882, et note sur la fièvre typhoïde par le Dr Bernard, de Cannes. Cannes, Imprimerie Vincent père et fils, 13, rue d'Antibes.

Botanique cryptogamique, par LÉON MARCHAND, professeur de botanique cryptogamique à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, docteur ès-sciences, docteur en médecine. Deuxième fascicule : *Les Ferments*. Un beau volume grand in-8 de 350 pages avec 105 figures dans le texte et une planche en taille-douce hors texte. Prix : 8 francs.

Ce fascicule complète le tome 1er qui forme maintenant un volume de 500 pages avec 120 figures dans le texte et une planche hors texte. Prix : 12 francs. — A la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8.

Livres d'étrennes pour 1883

La *maison Hachette* publie en un seul volume les relations des voyages du *docteur Crevaux*. — Cela nous paraît une excellente inspiration. Tous ceux qui le vondront, pourront ainsi se rendre compte des travaux de notre regretté camarade. Avoir parcouru plusieurs fois des solitudes où jamais Européen n'avait pénétré avant lui, doter ses contemporains de la connaissance de ces contrées si intéressantes, se dévouer à sa tâche jusqu'à la mort, voilà ce qu'a fait Crevaux. Il faut avoir comme nous vécu de la vie des bois, pour savoir tout ce qu'il lui a fallu braver de dangers sans nom, et subir de privations, pour réussir dans une pareille entreprise. L'éloge de notre infortuné compatriote et ami n'est heureusement plus à faire: et si nous rappelons ici son courage et son abnégation, c'est uniquement parce que ses relations d'un style sobre et simple n'en parlent pas assez. Par instants, ceux-là seulement qui ont l'habitude de ces solitudes terribles, peuvent, par un mot ou un lambeau de phrase, reconnaître, pour ainsi dire entre les lignes, les situations les plus dramatiques. Chez Crevaux, l'explorateur était doublé d'un savant; nous citerons ses remarques ethnographiques sur les populations presque inconnues de l'Amérique du sud et ses observations sur la Flore et la Faune des contrées parcourues.

Un de ces voyages et non le moins intéressant a été fait en compagnie de M. *Le Janne* pharmacien de la marine. Tous ceux qui ont le bonheur de connaître Le Jaune savent combien son courage, son sang froid et ses connaissances sérieuses, en font un compagnon de voyage précieux. Calme toujours, il a dû traverser les phases les plus émouvantes de leur exploration si pénible. avec cette placidité sereine que ses amis lui connaissent, et aiment en lui. Il ne lui a manqué qu'une chose pour avoir, à la suite de ce voyage, la récompense qu'il a cent fois méritée. C'est une certaine souplesse dans l'épine dorsale. Cela lui fait encore honneur. Quand saura-t-on discerner le vrai mérite, même quand il n'est pas agrémenté de courbettes?

L'impression et les gravures de ce beau livre sont à la hauteur du sujet. On y verra avec intérêt des facsimile et des tracés de route de la main de Crevaux. Nous regrettons que l'éditeur n'ait pas songé à reproduire directement quelques croquis de Le Janne, dont le crayon facile et sincère, n'a généralement pas besoin d'intermédiaires.

Deux toutes petites critiques pour finir; pourquoi avoir baptisé Indiens les Bonis de la planche 16, puisque ce sont des nègres, et pourquoi les volatiles représentés à la page 419 ressemblent-il si peu à de véritables Urubus? Le croquis original de ce dernier dessin est certainement plus vrai que cette reproduction.

Dr. FISCHER.

Nous pouvons ajouter, aux intéressantes remarques qui précèdent, que ce voyage du Dr Crevaux constitue un énorme volume de grand luxe. Le papier, l'impression, font honneur à la maison Hachette. Ceux de nos lecteurs, qui ne voudraient pas faire la dépense d'un ouvrage de cette importance, pourront lire le voyage tout entier en se procurant les derniers volumes du *Voyage autour du monde* de M. *Charton*, dont nous avons rendu compte dans le précédent numéro.

Il nous reste à parler des deux nouveaux volumes du *Journal de la jeunesse*. Ce *recueil hebdomadaire illustré* est, à notre avis. une des publications qui font le plus d'honneur à la maison Hachette et Cie. Nous ne saurions en dire tout le bien que nous en pensons. Nous sommes persuadé que ce journal est connu déjà d'un grand nombre de nos lecteurs; le prix de l'abonnement est accessible à toutes les bourses.

Le plan de l'ouvrage a été parfaitement conçu dès l'origine. Il paraît chaque année deux volumes de cinq cents pages chacun; l'exécution matérielle ne laisse rien à désirer. Presque toutes les pages sont illustrées de gravures, de vignettes; celles-ci facilitent la lecture du texte et en accroissent l'intérêt.

Chaque livraison hebdomadaire est essentiellement constituée par un récit principal qui se continue plusieurs semaines. Ces récits sont généralement d'un tel intérêt que les abonnés en attendent la suite avec une véritable impatience. Ils sont signés des noms aimés de Madame C. Colomb, MM. Rousselet, Girardin et tant d'autres.

A ces travaux de longue haleine qui en font la matière principale, viennent se joindre des récits de voyage; l'histoire amusante des jeux, des coutumes. Aucun fait scientifique, aucune actualité, n'échappe à l'attention du *Journal de la jeunesse*.

On a prétendu avec raison qu'il était assez difficile, à cause des tendances de notre littérature courante, de trouver des ouvrages qu'on put placer dans les mains des jeunes gens. Nous avons depuis de nombreuses années lu avec le plus vif intérêt tous les volumes du *Journal de la jeunesse*. Nous ne voyons, chez aucun autre éditeur, une publication qui mérite comme celle-ci l'immense succès qui l'a accueillie dès son apparition. Ce succès ne fera que s'accroître.

Ce n'est pas une banalité que de répéter, apres tant d'autres, que tous les membres d'une famille, depuis les plus âgés jusqu'aux plus jeunes, peuvent faire leur profit de la lecture du *Journal de la jeunesse*. Que ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas cette publication, veuillent bien essayer. Ils nous remercieront des moments agréables que nous leur aurons procurés.

Dr DES JAMES.

Le Directeur-Gerant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.